Colección Cultura y Sociedad
Dirigida por Carlos Altamirano

Alain Ehrenberg

LA FATIGA DE SER UNO MISMO
Depresión y sociedad

Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires

Título del original en francés:
La fatigue d'être soi. Dépression et société

Traducción de Rogelio C. Paredes

Esta obra se publica en el marco del Programa Ayuda a la Edición Victoria Ocampo del Ministerio de Asuntos Extranjeros de Francia y el Servicio Cultural de la Embajada de Francia en la Argentina y la contribución del Ministerio Francés de Cultura-Centre National du Livre.

I.S.B.N. 950-602-399-9

Tucumán 3748, (1189) Buenos Aires, República Argentina
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en la Argentina / Printed in Argentina

Para Pierre Chambat,
Para Antonin, Jonathan y Judith.
A Corinne.

Agradecimientos

Claude Barazer, Pierre Chambat, Jacques Cloarec, Jacques Donzelot, Corinne Ehrenberg, Oliver Mongin, Édouard Zarifian y Patrick Zylberman han tenido a bien concederme parte de su tiempo para criticar diferentes versiones de este manuscrito. Anna Lovell me hizo algunos comentarios muy útiles.

Nicole Phelouzat me ofreció una importante base documental y me ayudó a mejorar este manuscrito. Quisiera agradecer igualmente a Christophe Guias por su trabajo editorial.

El fruto más maduro del árbol es *el individuo soberano*, el individuo que no es semejante más que a sí mismo.

Friedrich NIETZSCHE
Genealogía de la moral
(1887)

Para el bárbaro es muy necesario reconocer que no vale la pena comportarse, mientras que para los civilizados es ésa una pesada tarea.

Sigmund FREUD
Compendio de psicoanálisis
(1938)

La imagen viene sin cesar del hombre en movimiento, sin guía, pues es un honor pensar, hablar sin ceder al nihilismo.

Claude LEFORT
Écrire. A l'ombre du politique
(1992)

Introducción

EL INDIVIDUO SOBERANO O EL RETORNO DEL NERVIOSISMO

La depresión resiste en nuestros días a las diferentes facetas del malestar íntimo. En el curso de la década de 1940, no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales y no constituía un objeto de atención en nuestras sociedades. En 1970, la psiquiatría muestra, apoyándose en cifras, que es el trastorno mental más extendido en el mundo, mientras que los psicoanalistas perciben un neto crecimiento de los deprimidos entre su clientela. La depresión capta el interés psiquiátrico como las psicosis hace cincuenta años. Es su triunfo en el campo de la medicina. Paralelamente, diarios y revistas la tienen por la enfermedad de moda, incluso por el mal del siglo. La depresión se ha convertido en útil práctica para definir un buen número de nuestros males y eventualmente aligerarlos por múltiples medios. Ahora bien, las palabras ansiedad, angustia o neurosis habrían podido tener el mismo éxito para la generalidad de los desórdenes que designan. Es su triunfo en el campo de la sociología.

¿Cómo y por qué la depresión se ha impuesto como nuestro principal malestar íntimo? ¿En qué medida es reveladora de las mutaciones de la individualidad de finales del siglo XX? Estas dos son las cuestiones a las cuales se dedica esta exploración del continente depresivo.

La depresión es una zona mórbida particularmente privilegiada para comprender la individualidad contemporánea, a saber, los nuevos dilemas que forman parte del mismo grupo. Ocupa en la psiquiatría una posición de encrucijada por una excelente razón: hoy, como ayer, los psiquiatras no saben cómo definirla. De allí que autorice una rara plasticidad de usos. La "alternativa" de la depresión resulta de la combinación de elementos internos de la psiquiatría y de cambios normativos profundos en nuestros modos de vida. Por cierto, no es la primera enfermedad de moda. La histeria, y sobre todo la neurastenia, han conocido a finales del siglo XIX, un éxito análogo. La historia de la depresión sería otra sin su relación con estas dos patologías. Los

nerviosos de finales del siglo xx parecen afectados por un mal no menos inasible que la histeria. ¿Juzgaríamos que no es más que otra vuelta de lo mismo?

En 1898, un médico podía escribir en una obra de divulgación: "Cada uno sabe hoy qué quiere decir el vocablo neurastenia: es, junto con la palabra bicicleta, uno de los más usuales de estos tiempos".[1] Lo mismo ocurre con la depresión, y esto gracias al éxito de una medicación muy célebre. Es pues por la molécula por donde deben ser abordados los márgenes de la cuestión depresiva.

En el lenguaje de todos los días, *Prozac*[2] ha sustituido a antidepresivo como *Frigidaire* al refrigerador y *Kleenex* a los pañuelos de papel. ¿Cómo es que un medicamento ha venido a encarnar en sí mismo la esperanza, sin duda irracional, pero comprensible, de liberarse del sufrimiento psíquico? Hoy, y no ayer. Para que un psicofármaco pueda encarnar una fantasía de este tipo, para que se produzca un encuentro semejante entre una medicación y las aspiraciones sociales tiene que haber sido necesario que esta dolencia llegue a ocupar progresivamente un lugar central en nuestra sociedad. Este lenguaje del fuero interno ha llegado a tal punto en nuestros usos que cada uno lo emplea espontáneamente a fin de decir algo a propósito de sí mismo o de su propia existencia: se ha hecho cuerpo en nosotros.

La depresión inicia su éxito desde el momento en que el modelo disciplinario de gestión de las conductas, las reglas de autoridad y de conformidad respecto de las prohibiciones que asignan a las clases sociales, como a los dos sexos, un destino, ha cedido ante las normas que incitan a cada uno a la iniciativa individual, impulsándolo a convertirse en uno mismo. Consecuencia de esta nueva normatividad, la responsabilidad entera de nuestras vidas se aloja no solamente en cada uno de nosotros, sino también, en la misma medida, en el nosotros colectivo. Esta obra demostrará que es exactamente lo contrario. Esta manera de ser se presenta como *una enfermedad de la responsabilidad*, en la cual domina el sentimiento de insuficiencia. El deprimido no está a la altura, está cansado de haberse convertido en sí mismo.

Pero ¿qué significa haberse convertido en uno mismo? La cuestión no es simple más que en apariencia. Pone de relieve espinosos problemas de fronteras: entre lo permitido y lo prohibido, lo posible y lo imposible, lo normal y lo patológico. Lo íntimo, en nuestros días, pone en juego relaciones inestables entre culpabilidad, responsabilidad y patología mental.

Esta investigación es la tercera parte de un trabajo orientado a diseñar los contornos del individuo contemporáneo, es decir, el tipo de persona que se instituye a medida que salimos de la sociedad de clases, del estilo de representación político y de la regulación de las conductas que se había establecido. Una primera investigación tendía a demostrar cómo el incremento en poder de los valores de la concurrencia económica y de la competitividad deportiva en la sociedad francesa había propulsado a un individuo-trayectoria a la conquista de su identidad personal y de su éxito, suma de su progreso en una aventura empresarial. Un segundo trabajo describía cómo esta conquista se acompañaba de una preocupación inédita por el sufrimiento psíquico. Dos problemas ponen de manifiesto las prácticas masivas que pasan por la criba: las puestas en escena del yo individual con los programas televisivos donde las vidas ordinarias se entregan como motivo de comidilla, las técnicas de acción sobre el individuo con los psicotrópicos que estimulan el humor y multiplican las capacidades individuales en la forma de *dopping* en el deporte.[3]

Una investigación sobre la historia de la noción psiquiátrica de la depresión se impone a continuación, porque el debate público tiende a relacionar confusamente, desde hace poco, medicamentos psicotrópicos, que tratan patologías mentales, y drogas ilícitas, que modifican nuestro estado de conciencia. La diferencia entre estas dos clases de psicotrópicos no es tan clara como pensaba la medicina (con toda justicia) en los años de la década de 1950, período durante el cual se descubrieron los medicamentos del espíritu. Nos resultará cada vez más necesario convivir con psicotrópicos que mejoran el humor, aumentan el dominio sobre uno mismo y endulzan de algún modo los golpes de la existencia: en tanto dan cuenta del modo de vida que expresan.

El éxito médico y sociológico de la noción de depresión, en efecto, no corre por separado del planteo del problema, como lo testimonian las confusas polémicas sobre el *Prozac:* al beneficio de la receta le responde la química de la desesperación; a la medicalización del malestar se opone la depresión en tanto auténtica enfermedad; a la publicidad que hace la apología de un medicamento milagro responde la contrapublicidad de una droga sin toxicidad ni riesgo de dependencia. La medicalización de la vida es un fenómeno general, pero parece plantear problemas particulares en psiquiatría.

La ambivalencia del *Prozac* no es distinta de la de cualquier otro medicamento, a la vez remedio y veneno: no se muere de una sobredosis de este antidepresivo, mientras que la dosis letal se alcanza más rápidamente con la aspirina, que se muestra mucho más ampliamente peligrosa. Hacemos bien en mantenerla para aliviar los síntomas de dolor ¿por qué debería ser de otro modo con un antidepresivo, a condición de que no represente ningún peligro? Al suscitar la esperanza de superar todo sufrimiento psíquico, porque estimulan el humor de personas que son "verdaderamente" depresivas, la nueva clase de antidepresivos confortables, de los cuales el *Prozac* encabeza la lista, encarna, con razón o sin ella, la posibilidad ilimitada de alimentar su interior mental para ser mejores de lo que son por sí mismas. Ya no se harán distinciones entre tratarse y drogarse. En una sociedad en la que las personas

1 M. De Fleury, *La Médecine de l'esprit*, Paris, Félix Alcan, 1898, p. 316.

2 *Prozac* será la única marca citada en esta obra, porque se ha convertido en un símbolo. Para los otros medicamentos psicotrópicos no se dará más que el nombre de la molécula. *Prozac* es la marca de una molécula llamada "flouxetina".

3 A. Ehrenberg, *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991. Reedición Hachette-Pluriel, 1996, y *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, reedición, Hachette-Pluriel, 1996.

toman permanentemente sustancias psicoactivas que actúan sobre el sistema nervioso central y de este modo modifican artificialmente su humor, ya no podrá saberse *quién es uno mismo*, ni tampoco, *qué es normal*. El "quién" aparecía como el término clave porque designa el lugar donde hay un sujeto. ¿Se está asistiendo a su eclipse?

En efecto, es manifiesto que se ha instalado una densa sospecha: un bienestar artificial tomaría el lugar de la curación. Se siguen de ello una serie de cuestiones irresueltas. ¿Es útil el sufrimiento? Y si fuese así ¿cuál sería su utilidad? ¿Nos dirigimos entonces hacia una sociedad de confortables dependencias en la cual cada uno tomará a diario su píldora psicotrópica? ¿No se estarán fabricando hipocondríacos en masa? ¿Todavía pueden establecerse distinciones entre los infortunios y frustraciones de la vida cotidiana y la dolencia patológica? ¿Es necesario hacerlo? Cuestiones por demás delicadas, pues suponen un clara distinción entre lo que se revela como una "enfermedad" y lo que no. Si la deontología médica constriñe moralmente al médico a aliviar el sufrimiento, aun cuando no puede curar una enfermedad ¿por qué debería proceder de otro modo en materia de sufrimiento psíquico?

Planteado de esta manera, el problema continúa siendo oscuro. Es necesario entonces superar las polémicas sobre el tratamiento medicamentoso de la depresión para poner a consideración una perspectiva histórica.

Explorar los modos de institución de la persona mientras se siguen los avatares de la noción psiquiátrica de la depresión a partir de los años 1940, momento en que comienza su historia contemporánea con el uso del electroshock, aportará algunos elementos esclarecedores. Las transformaciones de la noción de persona constituyen un aspecto de la historia de la democracia. Estas transformaciones conciernen a sus costumbres, a lo que Montesquieu llamaba el espíritu general de una sociedad: "Las leyes se establecen, las costumbres se inspiran; estas últimas, en efecto, contienen más el espíritu general, lo tienen más que una institución particular".[4]

Se proponen aquí dos hipótesis: la primera, sobre el lugar que ocupó la depresión a favor de las transformaciones normativas que ha conocido la sociedad francesa desde el fin de la Segunda Guerra Mundial; la segunda sobre el papel desempeñado por la depresión en las mutaciones de la individualidad patológica en psiquiatría en el curso del mismo período. Estas dos hipótesis se han construido en función de un grilla de interpretación cuyos grandes lineamientos se indicarán a continuación.

Nada está verdaderamente prohibido, nada es verdaderamente posible

Los años de la década de 1960 han resquebrajado prejuicios, tradiciones, trabas, límites que estructuraban la vida de cada uno. Los debates políticos,

4 Montesquieu, *De l'esprit des lois*, Paris, Garnier-Flammarion, 1979, p. 466.

las transformaciones jurídicas provocadas por los cambios, son los signos aparentes de un sismo profundo. Nos hemos emancipado en el sentido propio del término: el ideal político moderno, que hace al hombre el propietario de sí mismo y el dócil instrumento del Príncipe, se extendió a todos los aspectos de la existencia. El individuo soberano, que no se parece nada más que a sí mismo, cuya venida fuera anunciada por Nietzsche, es de ahora en más una de las formas comunes de la vida.

Es precisamente en este punto que, por lo común, se ha cometido una equivocación respecto del individuo. Algunos se contentan, un poco ligeramente, con lamentarse sobre la famosa pérdida de referentes del hombre moderno, el consecuente debilitamiento de los lazos sociales, la privatización de la existencia de la cual sería causa y el debilitamiento de la vida pública, del cual sería consecuencia. Estos estereotipos no hacen otra cosa que conducir a los llorones a los buenos tiempos viejos. ¡Ilusiones retrospectivas! ¡Querellas teológicas! ¿Acaso no hemos ganado nada en esta nueva libertad? Más bien estamos enfrentados a la confusión entre múltiples referentes que a su pérdida (los nuevos saberes, filosóficos o religiosos, en los programas televisivos destinados a dotarlos de sentido). Por otra parte ¿no constituye la oferta creciente de referentes una condición sin la cual esta libertad simplemente no podría existir en absoluto? Antes que frente a una declinación de lo público, nos hallamos frente a las transformaciones de los referentes políticos y de los modos de acción pública que se buscan en el contexto del individualismo de las masas y en la apertura de las sociedades nacionales. ¿Queremos volver a la asfixia disciplinaria? Más aun ¿cómo lo haríamos? Es el momento de abordar la cuestión de la emancipación, con un mínimo de sentido histórico y práctico, en lugar de apiadarse por el sufrimiento que, hoy día, parece brotar por todas partes.

Esta soberanía no nos ha vuelto todopoderosos o libres de hacer lo que nos conviene, ni signa el reinado del hombre privado. Es esta misma ilusión individualista la que no nos permite "convenir, según Claude Lefort, que el individuo se roba a sí mismo y se devuelve a sí mismo, que está preso de su desconocimiento".[5] Dos modificaciones fundamentales, sin embargo, sobre el lugar de la ley y de la disciplina que acompañan esta soberanía.

El seísmo de la emancipación, desde un comienzo, ha alterado de modo colectivo la propia intimidad de cada uno: la modernidad democrática –y ello constituye su grandeza— nos ha convertido progresivamente en hombres sin guía; hemos sido puestos en la situación de tener que juzgar por nosotros mismos, y de construir nuestros propios referentes. Nos hemos convertido en individuos puros, en el sentido en el cual ninguna ley moral ni ninguna tradición vienen a indicarnos desde el exterior lo que debemos ser y cómo debemos conducirnos. Desde este punto de vista, el equilibrio permitido-prohibido, que reglaba la individualidad hasta los años 1950-1960, ha perdido

5 C. Lefort, "Réversibilité: liberté politique et liberté de l'individu", 1982, reimpreso en *Essais sur le politique, XIXe siècle-XXe siècle*, Paris, Seuil, 1986, p. 218.

su eficacia. La preocupación inflacionista por la invocación de la ley, la imperiosa necesidad de nuevos referentes estructurales y de "límites infranqueables" encuentran aquí su explicación. El derecho a elegir la propia vida y la conminación a convertirse en uno mismo ponen a la individualidad en un movimiento permanente. Esto lleva a plantear de otro modo el problema de los límites reguladores del orden interior: el equilibrio entre lo permitido y lo prohibido declina en provecho de un desgarramiento entre lo posible y lo imposible. La individualidad se encuentra ampliamente transformada.

Paralelamente a la relativización de la noción de lo prohibido, el lugar de la disciplina en los modos de regulación de la relación individuo-sociedad se ha reducido. Se apela menos al recurso de la obediencia disciplinaria que a la decisión y a la iniciativa personales. En lugar de que una persona sea *puesta en acción* por una orden exterior (o por la conformidad a la ley), se hace necesario apoyarse en sus resortes internos, recurrir a sus competencias mentales. La noción de proyecto, de motivación, de comunicación son las normas de hoy. Han entrado en nuestras costumbres, se han convertido en un hábito al cual, de arriba abajo de la jerarquía social, nos hemos visto forzados a adaptarnos más o menos bien. Los actores públicos y privados se apoyan en estas nociones: se las utiliza tanto en la gestión de las empresas como en las políticas de reinserción.

Necesitados de integrar en nuestra reflexión estas transformaciones normativas, no alcanzamos a comprender cuánto han cambiado las relaciones en las desigualdades, en las formas de dominación y en la política. La medida del individuo ideal es menos la docilidad que la iniciativa. Aquí reside una de las mutaciones decisivas de nuestras formas de vida, porque estos modos de regulación no son una elección que cada uno puede hacer de manera privada, sino una regla común, valedera para todos,[6] so pena de quedar al margen de la sociabilidad. Portan entonces "el espíritu general" de nuestras sociedades, son pues *las instituciones de hecho*.[7]

De allí una primera hipótesis: la depresión nos instruye sobre nuestra experiencia actual de la persona, pues es una patología de la sociedad en la que la norma ya no se funda en la culpabilidad y la disciplina, sino en la responsabilidad y en la iniciativa. Hasta ayer, las reglas sociales estaban dirigidas a los conformistas de pensamiento, incluso a los automatistas de conducta: hoy exigen iniciativa y aptitudes mentales. El individuo se enfrenta a una patología de la insuficiencia más que a una enfermedad de

6 La forma en que cada uno la aplica es otro problema.

7 "Institución" subraya la naturaleza social de sí mismo. Se refiere aquí el modo en el cual Vincent Descombes definió la noción de institución a partir de Wittegenstein y de Mauss. La noción implica, por un lado, "significaciones que la gente debe reconocer" sin que haya un acuerdo necesario y, por otro, una exterioridad de esos significados, es decir, "que la idea se presente a cada uno de nosotros como una regla bien establecida que no dependa de cada uno de nosotros en particular", *Les Institutions du sens*, Paris, Minuit, 1996, p. 288. La noción de persona es neutra, en el sentido en que todas las sociedades tienen una representación de la persona, cualquiera sea. A la inversa, las nociones de personalidad, de sujeto y de individuo son "modernas".

la falta, al universo de la disfunción más que al de la ley: el deprimido es un hombre atascado. El desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad no se produce sin trastornar las relaciones entre lo permitido y lo defendido.

Laboratorio de ambivalencias de una sociedad en la cual el hombre masa es su propio soberano, la depresión es instructiva en el sentido en que ella hace visible este doble cambio de constricciones que estructuran la individualidad: en el plano interior, no se expresan más que en términos de culpabilidad; en el plano exterior, no se imponen sino en términos de disciplina.

Desde el punto de vista de la historia del individuo, poco importa que esto designe un malestar vivencial o una verdadera enfermedad: la depresión tiene de particular que indica la impotencia misma de vivir; que se expresa por la tristeza, la astenia (la fatiga), la inhibición, o esa misma dificultad de iniciar la acción que los psiquiatras llaman "disminución psicomotriz": el deprimido, devorado por un tiempo sin futuro, se encuentra sin energía, enredado en un "nada es posible". Fatigados y vacíos, agitados y violentos, en suma, nerviosos, medimos en nuestros cuerpos el peso de la soberanía individual. Desplazamiento decisivo de una pesada tarea que, según Freud, constituye de por sí el destino del hombre civilizado.

La depresión o la declinación del conflicto en el espacio psíquico

El desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad ha sido tenido en cuenta muy imperfectamente por la psiquiatría como condición a incorporar en la grilla de una lectura adecuada de la depresión. Pero ahora se hace necesario formular la segunda hipótesis.

El individualismo en democracia tiene esta singularidad de reposar sobre un doble ideal: ser una persona por sí mismo –un individuo– en un grupo humano que extrae de sí mismo el significado de su existencia –una sociedad. Ya no estamos dirigidos por la religión ni sometidos a un soberano que decide por todos. Dos nociones han reemplazado a estos elementos: la de interioridad y la de conflicto.

En las sociedades democráticas, el espíritu, todavía más que el cuerpo, es el objeto de controversias interminables. Cualesquiera que sean los avances o descubrimientos de las ciencias biológicas, resultan insuficientes para poner fin a las discusiones sobre el espíritu. En nuestros días, no hay menos acuerdo en la filosofía que en la neurobiología.[8] Estas controversias se imponen porque

8 Un ejemplo: Jean Pierre Changeux (*L'Homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983) asimila cada acontecimiento mental a un acontecimiento psíquico, mientras que para Marc Jeanerod (*De la physiologie mentale-Histoire des relations entre biologie et psychologie*, Paris, Odile Jacob, 1996) una capacidad de individualización infinita, impensable para las otras especies, se halla inscripta en el genoma humano. "La naturaleza crea formas nuevas, escribe, el espíritu es una de ellas, aparecida en el curso de una estrategia adaptativa que maximiza el papel del medio

nuestras creencias fundamentales se ponen en juego en ellas. En lugar de un alma inseparable de la noción de pecado, una nueva categoría designa el interior de una persona: el espíritu, la psiquis, lo mental, en suma, la interioridad oculta, disimulada, pero que pone de manifiesto su existencia por múltiples signos. Sagrado como el alma, constituye un tabú para los modernos que la pueden manipular sin riesgo. La interioridad es una ficción que se ha fabricado para dar a entender lo que ocurre en el interior de cada uno. Pero esta ficción es también una verdad: creemos en ella como otros creen en la metempsicosis o en el poder mágico de los ancestros.

La institucionalización del conflicto permite la confrontación libre de intereses contradictorios y la obtención de compromisos aceptables. Es la condición de la democracia en la medida en que permite representar sobre una escena –política– la división de lo social. Del mismo modo, la conflictividad psíquica es la contrapartida de la autofundación que caracteriza la individualidad moderna. La noción de conflicto es el medio de mantener una separación entre lo que es posible y lo que se permite. El individuo moderno se halla en guerra consigo mismo: para mantenerse unido a sí mismo debe estar separado de sí. De la política a la intimidad, la conflictividad es el núcleo normativo del modo de vida democrático.

De allí, una segunda hipótesis: el éxito de la depresión reposa sobre la *declinación de la referencia al conflicto,* sobre la cual se ha construido la noción de sujeto que nos ha legado el siglo XIX. La identificación de las nociones de conflicto se ha realizado con la invención de "la psiconeurosis de defensa" por Freud. Este ensayo querría demostrar que la historia psiquiátrica de la depresión se caracteriza por su dificultad para definir el sujeto.[9]

Otra dificultad a propósito del "sujeto" se aprecia en un dominio cercano, el de las adicciones o de las dependencias. Como enseñan los psiquiatras, la adicción es un medio de luchar contra la depresión: la adicción lima los conflictos por medio de un comportamiento compulsivo. Ahora bien, adicción y represión son temas que se difunden juntos a partir de los años de la década de 1970. Tanto uno como otro son las manifestaciones de una dificultad simbólica con las nociones de ley y de conflicto.

Las adicciones encarnan la imposibilidad de una completa asunción de uno mismo por uno mismo: el drogadicto es esclavo de sí mismo, ya que depende de un producto, de una actividad o de una persona. Su capacidad de hacerse sujeto y, como deriva de ella, de formar parte de la sociedad, está en crisis. Se halla en una relación "imposible" con la ley. La libertad de costumbres, a causa de la declinación de la polaridad permitido/prohibido, y la superación de los límites impuestos al hombre por la naturaleza, gracias a los progresos de las

---

ambiente en la génesis del individuo, y minimiza, por el contrario, la intervención de factores propiamente genéticos", p. 187.

9 Me refiero a la tesis sobre la locura desarrollada por Gladys Swain, *Le Sujet de la folie* (Toulouse, Privat, 1977, reedición de Calmann-Lévy, 1997, precedida por el ensayo "De Pinel a Freud", de Marcel Gauchet). Sobre la importancia de esta tesis véase *infra*, capítulo primero.

ciencias biológicas y de la farmacología, hacen que todo se convierta en *concretamente* posible. Por esta razón, el drogadicto es hoy la figura simbólica empleada para definir las perspectivas de un anti-sujeto. En otras épocas, era el loco el que ocupaba este lugar. Si la depresión es la historia de un inhallable sujeto, la adicción es la nostalgia de un sujeto perdido.

Así como la neurosis acechaba al individuo dividido por los conflictos, desgarrado por una tensión entre lo que se permite y lo que se prohíbe, la depresión amenaza a un individuo aparentemente emancipado de las interdicciones, pero ciertamente desgarrado por una compulsa entre lo posible y lo imposible. Si la neurosis es el drama de la culpabilidad, la depresión es la tragedia de la insuficiencia. Es la sombra familiar del hombre sin guía, fatigado de emprender su marcha al futuro apoyado solamente en sí mismo y tentado de sostenerse hasta la compulsión por los productos o los comportamientos.

De la neurosis a la depresión y a la adicción, me dedicaré a explorar el modo en el cual pasamos de una experiencia colectiva de nosotros mismos a otra, e intentaré seguir algunas mutaciones de la subjetividad a través de algunas de sus patologías.

El "déficit" y el "conflicto", grilla de lectura para una historia de la depresión

La constitución de la noción de neurosis a finales del siglo XIX ofrece esta esclarecedora grilla de lectura sobre los desplazamientos de la culpabilidad. A la concepción de Freud se opone la de su gran competidor: Pierre Janet. El asunto es bien conocido por los historiadores de la psiquiatría y del psicoanálisis. Freud y Janet modernizaron la vieja nerviosidad al crear la noción de psiquis; han hecho aceptable la idea de que el espíritu puede enfermarse sin que haya necesidad de una causa orgánica, e "inventaron" la psicoterapia integrando a la vieja hipnosis de los charlatanes en la ciencia médica. Sus diferencias son notorias, pero yo separo una porque me permite, según creo, interpretar la metamorfosis de la depresión estableciendo relaciones con la de la individualidad. Freud piensa la neurosis a partir del conflicto, mientras que Janet se refiere a un déficit o a una insuficiencia. Si existe indudablemente un sujeto de sus conflictos, pues el paciente es considerado como un agente, es mucho menos evidente para el déficit.

Este estudio histórico de la depresión se desarrollará en tres etapas. La alianza sutil entre el déficit y el conflicto proveerá a la psiquiatría de la referencia para tratar la depresión de un sujeto enfermo, paradigma del inicio de la depresión contemporánea (primera parte). Cuando esta alianza se quiebre en el curso de la década de 1970, la neurosis comenzará su declive. La depresión saldrá del campo médico sin que ninguna innovación farmacológica se convierta en el vector de su expansión, pero en un contexto en el que la emancipación condujo a un cambio de lugar de lo prohibido, la culpabilidad se

disimula en el mismo período de ascenso de la responsabilidad. Se convierte entonces en una enfermedad de moda mucho antes de que sean lanzados al mercado los antidepresivos del tipo *Prozac,* mucho antes también de que nuestra sociedad sucumba al pesimismo de estos días. La depresión aparecerá entonces, no como una patología de la desdicha, sino como una patología del cambio, la de una personalidad que busca ser solamente ella misma: la seguridad interior será el precio de esta "liberación" (segunda parte). A partir de los años 1980, la depresión entra en una problemática en la que dominan no tanto el dolor moral como la inhibición, la disminución y la astenia: la antigua pasión triste se transforma en un atasco de la acción, en un contexto en el que la iniciativa individual se convierte en la medida de la persona. La noción de curación entra paralelamente en crisis a medida que la depresión se redefine como una enfermedad crónica, sobre el modelo de las diabetes. Pero, dado que se trata del espíritu, esta cronicidad conduce a una interrogación identitaria que no existía en el curso de los años sesenta: ¿droga o medicamento? La depresión y la adicción diseñan la contracara del individuo de finales del siglo XX.

Nota sobre la exposición

La palabra clave de esta marcha es: esclarecimiento. Consiste en poner de relieve los argumentos contradictorios que han forjado la imagen culta y popular de la depresión. La intención crítica es, a la vez, política. Se propone menos una verdad científica que una contribución al debate público, procura menos juzgar que comprender. La crítica social debe ser a la vez *realista* al describir los mundos verosímiles, *prescriptiva* al evaluar los mundos vivibles, y *política,* al proponer trayectos intelectuales que hagan posible la acción.

La depresión, como toda patología mental, no forma parte de las enfermedades asignables a una parte del cuerpo humano. Porque si interesa a la historia o a la antropología de las categorías psiquiátricas y de los disturbios mentales, de ello resulta un doble escollo: una propensión positivista en las ciencias de la vida que reduce esos disturbios a puros desarreglos biológicos; una propensión relativista en las ciencias sociales que no toma en cuenta la dimensión biológica del ser humano y disuelve la realidad de la patología en funciones puramente sociales (etiquetar un desvío, administrar ciertos desórdenes o controlar comportamientos inadecuados). El sociólogo se contenta demasiado a menudo con abordar estas cuestiones en términos de medicalización del malestar,[10] o de psicologización de las relaciones sociales. Estas dos propensiones, sin duda, constituyen un aspecto que no hay que descuidar de la dificultad de pensar el lugar *social* de la noción de lo psíquico en nuestras sociedades.

¿Cómo aprendemos que sufrir es esto o aquello si no tenemos palabras para

10 El hecho de que los psiquiatras debatan respecto de esto me parece, por el contrario, un hecho decisivo. Ahora bien, ese caso es muy raro en estos días, al menos en la psiquiatría universitaria. Para una excepción, véase É. Zarifian, *Le Prix du bien*-être, Paris, Odile Jacob, 1996.

decirlo? Ahora bien, la psiquiatría aporta precisamente el lenguaje porque es la única especialidad médica encargada del dominio de la persona patológica. Si la dimensión psicológica puede tener cierta importancia en dermatología o en cancerología, la psiquiatría es un sistema de prácticas normatizadas cuyo objeto es la individualidad patológica. Constituye pues un saber privilegiado para observar cómo las relaciones individuo-sociedad se transforman simultáneamente. De allí la insistencia de este trabajo, no sobre las prácticas psiquiátricas, sino sobre el razonamiento psiquiátrico, es decir, sobre el tipo de experiencia de la persona que el mismo percibe y señala.

La psiquiatría no puede descifrar con certeza los signos mórbidos sobre el cuerpo del enfermo, en su sangre o en su orina; dado que la característica de un disturbio mental es que designa un sentimiento, una emoción o una imagen de sí mismo. Toda la historia de esta disciplina está atravesada por un interrogante lacerante: ¿cómo objetivar lo subjetivo? La psiquiatría se encuentra en una situación particular: cuando descubre la causa de una patología mental, como fue el caso de la epilepsia, es porque ésta no era mental. La psiquiatría trata generalmente de patologías cuya causa o motivo no permiten un acuerdo.[11] El trabajo del clínico consiste en interpretar síntomas y síndromes[12] no para distinguir lo normal de lo patológico, sino en vista de un diagnóstico.[13] Sin embargo, en nuestros días, esta distinción resulta obsesiva. Es necesaria, incluso, al menos una insuficiente reflexión clínica, como podrá constatarse en esta obra, dado que una consecuencia práctica de carácter simbólico involucra, en la modernidad, la noción de interioridad. Los desacuerdos sobre las causas, las definiciones y los tratamientos de las patologías, las incertidumbres que acompañan la historia del razonamiento psiquiátrico[14] son particularmente reveladores de las transformaciones de la personas. Es necesario respetar estas dificultades en el momento de reconstituir su coherencia.

El trayecto seguido en esta obra, entonces, ha sido comprender cómo los psiquiatras formulan los problemas, y qué soluciones les han aportado a través de sus controversias. Una de las particularidades de la depresión es que algún gran nombre, alguna obra clave no llegan a diferenciarla de la monomanía (Esquirol), de la histeria (Charcot, Janet y Freud), de la psicosis maníaco-depresiva (Kraepelin), de la esquizofrenia (Bleuler). Ha sido necesario, entonces, manejar un *corpus* en múltiples aspectos farmacológicos, clínicos, epidemiológicos, nosográficos, neurobiológicos, etc. Una gran parte

11 Salvo en los casos en los que la patología es resultado de un tóxico (alcohol, droga) o de una infección.

12 Un síntoma es un signo aislado, un síndrome un conjunto de síntomas correlacionados sistemáticamente unos con otros.

13 "La noción de enfermedad obedece, ante todo, a fines prácticos, recuerda Daniel Widlöcher. Se trata de reconocer un estado identificado y tratarlo. El problema no es distinguir un estado normal de un estado patológico", D. Widlöcher, *Les Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1983 y 1995, p. 31.

14 Sobre la heterogeneidad como constricción "ontológica" de la psiquiatría, véase G. Lantéri-Laura, *Psyquiatrie et connaissance*, Paris, Sciences en situation, 1991.

de los temas examinados aquí apenas han sido examinados en los trabajos sobre la historia de la psiquiatría francesa del siglo XX.

Esta investigación se apoya en una revisión de la literatura psiquiátrica francesa a partir de los años 1930-1940, así como también en un sondeo en los trabajos anglo-americanos.[15] Se ha consultado la *Revue du praticien*, que desempeña un papel de formación permanente para los generalistas, a partir del primer artículo sobre los antidepresivos en 1958, dos revistas femeninas y un hebdomadario.[16] A partir de ello ha sido posible establecer relaciones entre tres niveles: los debates internos de la profesión psiquiátrica; especie de conocimiento experto que aportaba a la medicina general y problemas con los que tropezaba; maneras en las cuales se introdujo al gran público en la gramática de la vida interior, de modo de indicar las reglas que permiten que se formule una demanda social. Esta investigación no trata, entonces, sobre las prácticas de la depresión, sino sobre las concepciones, las maneras de razonar y los modelos de enfermedad en la medicina mental. Así presentada la escena para poner mejor de manifiesto la multitud de aspectos a la vez heterogéneos y contradictorios que caracterizan una patología mental, los textos permitirán quizás al lector adquirir una visión de conjunto que respete la complejidad de la cosa psiquiátrica.

15 Para Francia, sobre todo *L'Encéphale* y *L'Évolution psychiatrique*, como también los sondeos aparecidos en otras revistas psiquiátricas. Para los trabajos angloamericanos, se han utilizado los artículos citados en varias ocasiones en los *Text Books*, de aquellos autores que se consideran referentes de la profesión o que han sido objeto de discusiones. El capítulo primero es una síntesis personal de trabajos de la historia de la psiquiatría y de las enfermedades mentales en el siglo XIX.

16 *Elle* y *Marie-Claire*, desde 1955 hasta comienzos de la década de 1980. *L'Express* a partir de los años sesenta, también hasta los comienzos de los ochenta.

Primera parte

UN SUJETO ENFERMO

La escultura antigua buscaba la lógica de los cuerpos, Rodin busca la psicología de los cuerpos. La esencia de la modernidad es la suma de todo psicologismo, el hecho de probar el mundo y darle sentido como mundo interior, conforme a las reacciones de nuestra interioridad; es la disolución de los contenidos estables en el flujo del alma, independiente y purificado de toda sustancia, y que no tiene otra forma que las formas de su movimiento.

Georg SIMMEL
"Rodin", 1923.

Si en última instancia el narco-análisis es un medicamento psicológico, es decir, una quimioterapia, en el otro extremo es una medicación psicológica en el sentido en que lo entendía Pierre Janet, es decir una psicoterapia.

Jean DELAY
Études de psychologie médicale, 1953.

¿CUÁL HISTORIA DE LA DEPRESIÓN?

Se ha fijado el objetivo: comprender algunas mutaciones del individuo a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. ¿Qué historia de la depresión construir en función de este objetivo?

Comencemos por dar vuelta las páginas consagradas a la historia de la depresión en un tratado de psiquiatría: a su origen, la melancolía, cuya larga historia comienza en la Antigüedad griega. Se caracteriza por un dolor moral cuyo aspecto más manifiesto es la tristeza (*acedia*). A continuación se encuentra el delirio (*manía*), que la cristiandad tenía por posesión demoníaca y que el alienismo naciente transformó en una enfermedad de la razón en el siglo XVIII. Más tarde, una doble constatación crítica surgió de los psiquiatras contemporáneos. En primer lugar, la psiquiatría de la primera mitad del siglo XIX la hizo aparecer intelectualista: la alienación mental es una enfermedad del juicio o del entendimiento, pues el loco desatina. Este intelectualismo no permite ver que el delirio es la manifestación de un profundo sufrimiento de tipo afectivo, una manera por medio de la cual el loco emplea las palabras –delirantes– para interpretar ese dolor.

En segundo lugar, su crítica es nosográfica: la locura es, a comienzos del siglo XIX, una enfermedad única compuesta de múltiples síntomas. Se opone al estado de razón. Este concepto es demasiado general para diagnosticar enfermedades específicas: del mismo modo que no hay una sola enfermedad del cuerpo, no podría existir una sola enfermedad del espíritu. Los alienistas descomponen esta unicidad, desmembrando la locura en numerosas enfermedades mentales, de las que derivan dos grupos de psicosis. La melancolía, considerada como la fuente más antigua de la depresión, vio estabilizar su definición en el curso de la década de 1830 bajo la forma de un "delirio parcial" y de un "dolor moral". A partir de los años 1850-1860, la noción de una locura circular con una forma doble, caracterizada por fases de agitación maníaca y fases de hundimiento depresivo toma forma en Francia. El psiquiatra muni-

qués Emil Kraepelin la definió a fines de siglo con el calificativo de psicosis maníaco-depresiva, en la cual incluyó a la melancolía. Un segundo tipo de locura, cuyo aspecto más aparente es el delirio, resulta de una disociación de la personalidad. Fue denominado esquizofrenia por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911. Paralelamente, a partir del último tercio del siglo XIX, los dolores morales heteróclitos se definieron en forma negativa respecto de la locura: son a la vez menos graves y desprovistos de delirios o alucinaciones. Se los llamó, según el caso, neurastenias, psicastenias, corazón irritable, etc. El término neurosis reagrupó estos desórdenes dispares: son funcionales, es decir, carecen de causas orgánicas. Las formas asténicas de la neurosis son consideradas como la segunda fuente de la depresión.

Los tratados de psiquiatría anotan que el período de entreguerras coincide con la etapa de estabilización de estos grandes conjuntos mórbidos. Evocan asimismo las técnicas de shock inventadas en este momento, subrayando el carácter rudimentario de estos comienzos terapéuticos. El electroshock, se comprenderá de inmediato, posee cierta eficacia sobre la melancolía. Tenemos aquí la prehistoria canónica de la depresión. El tema se volverá más serio después de la Segunda Guerra Mundial, con el descubrimiento de los medicamentos del espíritu.

El papel crucial de la invención de los neurolíticos (1952) en las transformaciones de la clínica psiquiátrica y el inicio de investigaciones en neurobiología ya han sido extensamente subrayados. Las cosas serían simples: la psiquiatría habría ganado aquí sus galones de medicina al quedar completamente satelizada por las neurociencias que proveían bases científicas a sus modelos clínicos, sin competencia del psicoanálisis, por lo menos en Francia, más que en su período de gloria, desde comienzos de los años sesenta a fines de los setenta. Los neurolíticos han permitido apaciguar la angustia extrema de los psicóticos y hacer remitir su delirio: habrían puesto fin al mito de su carácter incurable. La invención de los antidepresivos (1957) ofrece una terapéutica eficaz para diversos tipos de desórdenes, con definiciones distintas, situados en la franja de la psiquiatría, que pueblan los consultorios de los médicos generalistas. Esta invención permite reagrupar estos desórdenes bajo el apelativo de "depresión". En cuanto a la neurobiología, las cosas también serían muy simples: la invención de estas sustancias habría hecho posible un salto en el avance de la investigación. Permitió conocer los mecanismos de transmisión de la información en el sistema nervioso, en particular gracias al descubrimiento de los receptores neuronales. Su consecuencia científica mayor es haber hecho progresar la etiopatogenia, es decir, la comprensión de los mecanismos por los cuales las causas (que permanecen desconocidas) dan origen a síndromes o a enfermedades. La clínica psiquiátrica representa para la investigación biológica lo que ilustra el aforismo de Hipócrates: "En definitiva, es el tratamiento lo que revela la naturaleza de las enfermedades". Dado que el tratamiento se aplica efectivamente sobre una forma mórbida, es aquél el que permite decir: "Ésta es una enfermedad". Es lo que en medicina se llama "la prueba terapéutica".

Esta reconstrucción histórica concede una parte demasiado apreciable a las innovaciones técnicas. La explicación por la prueba terapéutica no es suficiente por sí misma, y esto al menos por dos razones: la primera concierne al status de la ansiedad, la segunda a las presiones que se aplican en las terapias de las patologías mentales.

La invención de los ansiolíticos modernos (las benzodiazepinas, en 1960) no ha creado una enfermedad o un síndrome que se habría llamado, por ejemplo, anxiopatía, y que ocuparía un lugar análogo al de la depresión. Si la expresión "enfermedad depresiva" hoy se emplea (y se rechaza) corrientemente, no ocurre lo mismo con la enfermedad de la ansiedad. La ansiedad ha quedado mucho más próxima de la noción síntoma que la depresión, salvo en algunos casos. Así, desde 1980, la neurosis de angustia se ha dividido en dos categorías: el ataque de pánico y el trastorno de ansiedad generalizado (TAG). Estos dos síndromes rápidamente bascularon en el campo de los trastornos depresivos porque son mejor tratados, según parece, con antidepresivos que con ansiolíticos. Más aún, la depresión ha ganado terreno absorbiendo otros "trastornos ansiosos", para emplear la terminología en vigor, gracias a la invención de nuevas categorías psiquiátricas: la distimia y la ansiodepresión.[1] La angustia es hoy un aspecto del continente depresivo. Por cierto, los ansiolíticos se han convertido en objeto de polémicas en Francia desde comienzos de los años ochenta,[2] pero los psiquiatras están de acuerdo en considerarlos medicamentos que actúan esencialmente sobre los síntomas. Todo lo contrario ocurre con la depresión: innumerables artículos recuerdan que se trata de una auténtica enfermedad, midiendo su gravedad no sólo por su costo social, sino también, y sobre todo, por el riesgo de suicidio que muchas veces conlleva. Es por esta razón que ahora se recomienda el tratamiento químico para todos los tipos de depresión y cualquiera sea su grado de intensidad –incluso en los estados depresivos denominados subsindrómicos.

De allí un segundo argumento para poner en cuestión el favor que se adjudica a la explicación por medio del progreso técnico o científico. Esta recomendación se habría hecho posible por la reducción progresiva de la toxicidad de los antidepresivos, el bienestar que ofrecen a los pacientes y la simplificación creciente de su empleo. De allí resultarían abusos de prescripción, desviaciones del uso, etc. Sin embargo, su invención y su difusión no llevaban en sí este programa implacable. En Francia, desde 1940 hasta comienzos de la década de 1970, los psiquiatras no pensaban en otra cosa que en poder tratar un estado depresivo, sin preguntarse en qué medida este estado resultaba de conflictos intrapsíquicos. El descubrimiento de los neurolíticos suscitó rápidamente un consenso: una quimioterapia es eficaz a condición de combinarse con una psicoterapia. Es el gran *credo* francés de los

1 Véase *infra*, cap. VI.

2 Para el caso americano, véase S. Speaker, "From "happiness pills" a "national nightmare": changing cultural assesement of minor tranquilizers in America, 1955-1980", *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 52, julio de 1997.

años de las décadas de 1950 y 1960. Este *credo* dinamizó el desarrollo de dos tipos de aproximación.

Esta historia es menos falsa que interpretada desde un punto de vista mal situado. Así, la oposición quimioterapia-psicoterapia importa de por sí mucho menos que la formulación de sus composiciones y sus usos. Por cierto, melancolía, neurastenia y psicastenia o, dicho de otro modo, pasión triste y comportamiento desganado o fatigado son las dos fuentes de la depresión. Pero no es suficiente decir que resulta de su mezcla. Si la historia de la depresión desde los años cuarenta está ligada íntimamente a los progresos de la farmacología, está lejos de reducirse a ellos. Así, existen grandes diferencias entre Francia y los Estados Unidos. Existe una metafísica francesa del Sujeto extraña al mundo anglo-americano, perfectamente perceptible en el dominio que nos ocupa.[3] Es necesario entonces combinar una historia cultural y una historia técnica de la psiquiatría, sobre todo desde el momento que ésta dispone de medios biológicos de tratar a las patologías.

El capítulo I de esta obra presenta el cuadro general. Sintetizando el recorrido histórico que torna creíble la idea de una dolencia "psíquica" en el curso del siglo XIX, este capítulo trae a consideración las nociones que serán utilizadas en el siglo siguiente. Se abordará luego la edad clásica de la depresión, la del "sujeto enfermo" (capítulo II). La inaugura una técnica de curación de reputación enojosa: el electroshock –y no los antidepresivos que se dieron a conocer veinte años más tarde, en 1957. El electroshock es la varita mágica que abre la caja fuerte en la que esta prisionero el enfermo melancólico. Las espectaculares descargas eléctricas, que sacuden el cuerpo de los enfermos, quiebran su postración y, milagrosamente, les devuelven el gusto por la vida. Pero ¿puede curar también a los asténicos, a los vacilantes, a los inhibidos, a los ansiosos y a otros neuróticos, cuyos síntomas recuerdan un poco a la melancolía? He aquí una cuestión que va a agitar los medios psiquiátricos sin que llegue a alcanzarse ningún acuerdo. Del mismo modo, el electroshock es inaugural en un sentido más decisivo: abre debates nosográficos, diagnósticos y terapéuticos que la invención de los antidepresivos prolongará a lo largo de los años sesenta (capítulo III). Estos debates continuarán en el nicho de las controversias suscitadas por esta técnica... y no tendrán fin. Pero iniciarán un proceso de socialización de la depresión con la entrada en escena de la medicina general y el bosquejo de un nuevo interés por la intimidad. Una oferta de cura, un lenguaje para describir los sufrimientos íntimos, industriales que proveen las moléculas, todo esto concurre en la formulación progresiva de una demanda multiforme de parte del público.

3 Será necesario contentarse en esta investigación con sólo algunas notas. Existe aquí una inmensa cantera de materiales tanto para la historia de la psiquiatría como para la del psicoanálisis.

Capítulo primero

GÉNESIS DE LA CRIATURA PSÍQUICA

Durante la conferencia de apertura del primer coloquio realizado en Francia sobre los estados depresivos en Sainte-Anne, en noviembre de 1954, un nombre vino a la boca del orador: Pierre Janet. "A comienzos de siglo, declaró el Dr. Julien Rouart, se insistía sobre ciertas depresiones neuróticas hoy poco menos que olvidadas, como la neurastenia, y Pierre Janet fundó toda su teoría de la psicastenia sobre la noción de una "baja de la tensión psicológica". De hecho [...] las depresiones neuróticas se oponían a las psicóticas como una debilidad de constitución frente a una enfermedad".[1] Astenias, bajas, debilidades: el estado depresivo es una insuficiencia. Freud, como lo han subrayado extensamente los psicoanalistas desde siempre, ha escrito poco sobre la depresión:[2] la angustia es el centro de su atención. ¿Habría entonces una oposición entre la angustia y la insuficiencia? En efecto, la frontera de la culpabilidad separa sus territorios respectivos. Freud desempeñó un papel central en la historia del hombre culpable, y Janet en la del hombre insuficiente.

Antiguas cuestiones filosóficas relativas al status del espíritu y a la especificidad de lo que es psicológico, viejas querellas disciplinarias entre biología y psicología sobre este tema, antinomias propias de cada una de estas disciplinas, estorban desde siempre las cuestiones planteadas en torno a la enfermedad mental. Prestad atención al sujeto, dicen unos, es decir al humano; no olvidéis a la enfermedad, es decir al cuerpo, replican los otros. Una tensión reina en la historia de los desórdenes del espíritu entre una concepción del humano en tanto que *animal*, ser viviente en relación con el

1 J. Rouart, "Dépression et problèmes de psychopatologie générale", "Symposium sur les états dépressifs" (21 de noviembre de 1954), *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 461. El subrayado es mío. Este simposio fue organizado por el grupo de *L'Évolution psychiatrique*, la Sociedad Psicoanalítica de París con la participación de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis.
2 Véase *infra*, capítulo IV.

vegetal, y una concepción contraria, en tanto que ser dotado de *palabra*, humano en el interior de un ser viviente animal. Oposición decisiva tanto en el origen como en las causas de la enfermedad, su definición, su tratamiento y la idea que se tiene respecto de su curación, pero oposición engañosa en otro nivel, en la medida en que no alcanza a verse muy bien qué podría ser un sujeto sin cuerpo ¿Y qué podría entenderse por ser "viviente"?[3] Ahora bien, los modos de integración de la animalidad en la personalidad son una de las claves del tipo de subjetividad que nos legará el fin del siglo XIX.

Si bien es la más grande evidencia para nuestros ojos demasiado bien entrenados que la patología mental es sinónimo de sufrimiento psíquico, no es evidente que siempre haya sido así. El individuo contemporáneo puede decir "Sufro", y no solamente "Sufro alguna cosa".[4]

Para diseñar la genealogía de un sufrimiento sin otro objeto que uno mismo, se analizarán sucintamente cuatro elementos. En primer lugar, el descubrimiento de que el alienado sufre. En segundo lugar, la transformación del "Yo pienso" en "Esto piensa", el descentramiento de la conciencia engendra una nueva verdad del hombre: un desconocido gobierna la conciencia.[5] La conciencia sale del espíritu, viaja en el cuerpo hasta la punta de los dedos,[6] porque el cuerpo entero se pone a "hablar", produce los signos de un lenguaje

3 "Poseedoras de un cuerpo, escribe Paul Ricoeur, es lo que son las personas", *Soi-même comme autre,* Paris, Seuil, 1989, p.46. La noción de inconsciente está en el centro de esta tensión. Ha sido un medio para integrar la animalidad en una concepción global de lo humano. A tal punto, además, que François Roustang estima que "el papel jugado por la noción de inconsciente [...] podría ser aventajada por la de animalidad humana", *Influence*, Paris, Éditions de Minuit, 1990, p. 8. Véase también cierto número de notas premonitorias sobre las relaciones entre psicología del reflejo y culpabilidad en G. Canguilhem: *La Formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Vrin, 1955 citado aquí por su edición de 1977.

4 El griego considera que sufre algo, es necesario que exista un objeto para que ese sufrimiento exista, mientras que el hombre moderno simplemente sufre, quizá porque él mismo es el objeto de su sufrimiento. Véase J. P. Vernant, "L'individu dans la cité", en *Sur l'individu*, Paris, Seuil, 1987.

5 Nietzsche que fue, como se sabe, el gran responsable de la caída del *cogito* cartesiano, la ha reducido, sino a una pura ilusión, al menos a la mera espuma de la existencia: "Todo lo que *se vuelve consciente* es, ante todo, previamente arreglado, simplificado, esquematizado, interpretado –el proceso *real* de la "percepción" interna, el *encadenamiento causal* entre los pensamientos, los sentimientos, las ansias, como los que tienen lugar entre el sujeto y el objeto, están absolutamente ocultos para nosotros– y quizá son pura imaginación". *Fragments posthumes*, citado por P. Ricoeur, *op. cit.*, p. 25-26. El subrayado es de Nietzsche. El filósofo alemán ha elaborado, como escribe Ricoeur, un contra-*cogito*. La asimilación de las palabras "desconocido" ("*innconu*") e "inconsciente" ("*inconscient*") es bastante corriente en psiquiatría. Henry Ey abrió un célebre coloquio sobre el inconsciente que tuvo lugar en 1960, con estas palabras: "Que el inconsciente sea *desconocido* para la conciencia es lo que lo define", *L'Inconscient*, Paris, Desclée De Brouwer, 1966.

6 "El hecho psicológico no es ni espiritual ni corporal, ni tiene lugar solamente en el hombre, ya que no es más que la conducta de ese hombre tomada en su conjunto", escribe Pierre Janet, *De l'angoisse à l'extase*, Paris, Félix Alcan, 1928, vol. II, reedición Paris, Odile Jacob, colección "Opus", a aparecer en 1999.

respecto del cual descifrar la gramática importa en el más alto grado. En tercer lugar, una sensibilidad de sí toma vuelo y se profundiza a lo largo de todo el siglo. Abre una vía para las inquietudes íntimas y las interrogaciones identitarias, sobre todo en los niveles superiores de la sociedad.[7] Los historiadores han descripto el ascenso progresivo de los dilemas de un género de persona que quiere hacer su camino apartándose de la tradición, que observa su imagen exterior (democratización del retrato, difusión de los espejos, nacimiento de la fotografía) y se estudia al mismo tiempo en el interior (el monólogo del diario íntimo, las conversaciones secretas con "interlocutores mudos").[8] El cuarto elemento es la elaboración de la noción de neurosis: ella hace pensable una lesión puramente psíquica, es decir, que no tiene necesidad de estar relacionada con una desorganización somática para ser considerada real. Su motivo reside en un acontecimiento traumático. Este descubrimiento revela y dinamiza los procesos de socialización del espíritu.

La historia de la noción (vaga y confusa) de sufrimiento es menos la de una psicologización progresiva que la de un juego conflictual y solidario entre biologización, socialización y psicologización del espíritu: todas ellas se dirigen entre sí. El doble progreso de la "inconciencia" de sí y de la conciencia de sí, una sensibilidad nueva de los desgarramientos interiores y de los golpes producidos por los acontecimientos constituyen el cuadro general. Como "la psicología del cuerpo" que Rodin buscaba esculpir, la medicina del espíritu tiende hacia un arte de la impresión fugitiva, de la vibración apenas palpable, del desgarramiento interior y de la inquietud nerviosa.

Este capítulo mostrará, en principio, en qué medida la psiquiatría es una medicina *especial* que, a diferencia de otras ramas de la medicina, se enfrenta a problemas morales sin los cuales no podría pretender tratar dolencias en sí mismas morales. Desarrollará a continuación el hilo del sufrimiento a través de la melancolía, el descentramiento de la conciencia, que encarna el problema del reflejo, y la reorganización de la noción de neurosis en la cual la neurastenia se engarza como elemento operador a través del nacimiento de disturbios funcionales. Esta dinámica desemboca en la noción clave de traumatismo: se considera a ésta la vía que presta una causa exterior a la persona para suscitar en ella un trastorno del espíritu. A partir de allí se construyen dos modelos de enfermedad, de los cuales Freud y Janet son las principales figuras. Ambos estructuran los conflictos internos de salud mental hasta nuestros días.

7 Para la historia de la cultura, véanse H. Galser (*Sigmund Freud et l'âme du XX^e siècle*, Paris, PUF, 1995, edición alemana, 1976), C. Schorske (*Vienne fin de siècle. Politique et culture*, Paris, Seuil, 1983, edición americana, 1979), J.L. Rider (*Modernité viennoise et crise de l'identité*, Paris, PUF, 1990), J. Seigel (*Paris Bohême-1830-1930*, Paris, Gallimard, 1991, edición americana, 1986). Para una historia social véanse A. Corbin "Coulisse", en P. Ariès y G. Duby (dir.) *Histoire de la vie privée*, vol. 4, 1987, y G. Vincent, "Une histoire du secret", en *ibid*, vol. 5 (Hay edición castellana, *Historia de la vida privada*, Madrid, Taurus, 10 volúmenes).

8 A. Corbin, "Coulisse", *op. cit.*, p. 480. El interlocutor mudo es la muñeca.

¿En qué sentido la enfermedad mental es una patología de la libertad?

¿La enfermedad mental resulta de una entidad que entra en el cuerpo, a la manera de un virus?[9] ¿De un origen hereditario, o de una psicología frágil que hace sucumbir a unos mientras que otros, más sólidos, la resisten mejor? Enfermedad o falla constitutiva, causa interna o motivo interno, las actitudes prácticas son evidentes para la clínica (definir la patología, sus causas y su tratamiento). Pero éstas son sistemáticamente conectadas con otras, tanto en la ciencia como en la filosofía, pues el espíritu es el lugar geométrico de un enigma a definir en el interior y en el exterior de la persona. Esto resulta de la oscilación en la órbita de la medicina de problemas provenientes, por otra parte, del campo de la religión y de la moral.

Durante un coloquio dedicado en 1969 a la *Historia de la locura* de Michel Foucault, una de las figuras principales de la psiquiatría francesa de la posguerra, Henry Ey, declaró que la locura se había convertido en una enfermedad con el "advenimiento del sujeto como centro de una indeterminación que tiene su propia organización. Desde esta perspectiva, la noción de enfermedad mental es un corolario de la idea de individuo".[10] Lo esencial estaba dicho: la locura es la enfermedad de una libertad que ya no encuentra su sentido y su justificación en una exterioridad divina. Indeterminada, esta libertad está, en el orden de lo simbólico, abierta a todas las posibilidades. La psiquiatría arranca al hombre una falta moral y la transforma en objeto médico –ya sea que se trate de una patología de la libertad o de la vida de relación, para retomar las célebres fórmulas de Henry Ey. El punto de partida de toda reflexión sobre las relaciones entre psiquiatría e individualidad debe situarse aquí.

El nacimiento de la alienación mental ha permitido proveer de una solución (inestable) a un problema emergente: diferenciar una cuestión moral de una cuestión médica, en un contexto donde la libertad individual se ha convertido en un valor político, fundado en el derecho, al mismo tiempo que la medicina conocía una mutación que le permitía entrar en la modernidad: el nacimiento de la clínica. La medicina se pone a la cabeza de la enfermedad y plantea "una mirada locuaz" sobre el cuerpo individual que, a partir de esta época, coincide con la enfermedad.[11] Para pensar la posibilidad de un trastorno del espíritu donde se veía un alma poseída por el demonio, hacía falta un cuerpo depurado de su teatro sagrado. Se trata en efecto de un fenómeno de la vida. Como escribió Freud en 1923, los demonios que poseían el alma son, de ahora en más, "criaturas psíquicas" que "dejamos nacer en la vida interior de estas enfermedades donde residen".[12] Si el espíritu es una laicización del alma, necesita la materia de un cuerpo, también ella laicizada, para descifrar la gramática.

Se ve así cómo se ubica a la psiquiatría entre lo médico y lo moral: transforma las entidades morales, de las cuales es responsable la persona, en entidades médicas, que aquejan a la persona.[13] Esta situación dirige todas las tensiones sobre la persona. La tristeza o el delirio no son más pecados contra la creencia, una infracción a las leyes divinas, sino un mal que invalida la libertad de un sujeto. No un sujeto, sino el propietario de sí mismo, según lo establece la Declaración de los derechos del hombre.

La enfermedad mental designa la irresponsabilidad en la libertad del hombre, es la parte no asignable de una voluntad o de una intención. La locura hace de la conciencia un paisaje devastado como después de un tornado, pero queda en ella un sujeto sobre el cual puede actuar la medicina.[14] No es tanto

9 Recientemente, investigadores alemanes han hallado un virus llamado Borma en la sangre de algunos deprimidos. Véase "Un virus responsable de la dépression?", *La Recherche*, octubre de 1996. Véase también *Le Quotidien du médecin*, 30 de julio de 1996.

10 H. Ey, "Commentaires critiques sur l'Histoire de la folie de Michel Foucault", *L'Évolution psychiatrique*, 36, nº 2, 1971, p. 243. "Es a la cuestión de la organización individual del hombre que se remite la noción de enfermedad mental", escribe todavía Ey (p. 246). El nudo del debate es "el de la naturaleza moral del concepto de enfermedad mental". Ey plantea los términos de la siguiente manera: "O bien se trata de una realidad patológica natural, desgraciada atenuación de la responsabilidad del hombre, o bien es un artefacto cultural, escandaloso efecto de la represión social. En cualquiera de los dos casos, es la libertad del hombre lo que está en juego", p. 243. Sobre la concepción psiquiátrica de Ey véase *infra*, capítulo II.

11 M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963. Clínica equivalente a cabecera de la cama del enfermo. "Un regard loquace", p. VIII. Para la contextualización de la psiquiatría en la medicina de finales del siglo XVIII y los debates entre lo psíquico y lo moral, véase J. Goldstein, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1987 (esta obra acaba de ser traducida al francés: *Consoler et classifier- L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, les Empêcheurs de penser en rond, 1997).

12 "Para nosotros, los demonios son los deseos malvados, reprobados, procedentes de los impulsos rechazados y reprimidos. Descartemos simplemente la proyección que la Edad Media había hecho de estas criaturas psíquicas sobre el mundo exterior; la relacionamos con la vida interior de los enfermos dentro de la cual residen", "Une névrose démoniaque au XVIIe siècle", en *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1993, reedición en colección, "Idées", 1973, p. 212.

13 Por otra parte, la neurología ha tenido muy mala prensa tanto entre la Iglesia como entre los espiritualistas de todo tipo a lo largo de todo el siglo XIX: la batalla de la histeria que se organizó en torno de Charcot tuvo lugar en un contexto de exacerbación de los conflictos entre la Iglesia y el Estado (cf. J. Goldstein, *op. cit.*, cap. 9) mientras que la psiquiatría francesa, consciente de la competencia que le hacía a la Iglesia, y ocupando una posición frágil en la medicina, toma toda suerte de recaudos para sus consideraciones (cf. I. Dowbiggin: *La Folie héréditaire*, Paris, EPEL, 1993, prefacio de G. Lantéri-Laura).

14 Gladys Swain ha demostrado que la importancia del aporte de Pinel no es haber librado a los dementes de sus cadenas, sino haber inventado la psiquiatría moderna, es decir, el tratamiento del sujeto enfermo en tanto que sujeto (*Le Sujet de la folie, op. cit.*). Este tema aparece en la Jornada Anual de *L'Évolution psychiatrique* dedicada a "La concepción ideológica de *L'Histoire de la folie*" (edición castellana, México, F.C.E., 2 tomos) en diciembre de 1969, en Toulousse. Georges Daumézon insiste sobre el hecho de que el mérito de Pinel es absolutamente otro [que la liberación de las cadenas]; Gusdorf dice de él que es el Lavoisier de la medicina", y no solamente un filántropo, "Lecture historique de L'Histoire de la folie", *L'Évolution psychiatrique, op. cit.*, p. 235. Agrega que su obra psiquiátrica, más allá de la pretendida liberación de los locos, es la aplicación de su método, p. 236. La leyenda de libertador procede del hijo de Phillipe Pinel, Scipion, y de Semelaigne. Gladys Swain muestra el modo en que se construyó esta leyenda, *op. cit.*

lo otro intangible de la razón como uno de sus polos.[15] Lo que se pone en juego, escribe Gladys Swain, es "el deporte de la locura de los márgenes de lo humano en el centro de su ser [...] En el corazón de cada uno, de modo constitutivo, una inestabilidad conflictiva golpea en adelante con su nulidad toda tentativa por definir adecuadamente al hombre consigo mismo".[16] La psiquis moderna es el espacio de este conflicto y es, por esta razón, el núcleo de la persona. Lo psíquico es esta distancia *razonable* –y frágil– de uno mismo respecto de uno mismo, que caracteriza al sujeto moderno y lo torna receptivo a una noción de la ley que ya no tiene necesidad de referencia a lo divino.

Cuando esta distancia alcanza un máximo cercano a la explosión, sobreviene la locura. Pero, a la inversa, esta distancia puede reducirse tanto que se produce una suerte de fusión entre uno mismo y uno mismo. Los modernos han inventado un vocablo para designar la figura de esta fusión: el drogado. En 1822, Thomas De Quincey demostró que el opio no embriaga, contrariamente a lo que ocurre con el alcohol, pues la embriaguez "simplemente otorga cierta suerte de calor vital que el juicio aprueba y que, sin duda, siempre acompañaría a una constitución psíquica juiciosa de una salud primitiva". Permite "el sano restablecimiento de ese estado que el espíritu recobraría de sí mismo en el momento de la desaparición de toda profunda irritación dolorosa".[17] La droga es el medio de obtener una salud absoluta, pero se paga por ella con una esclavitud que genera otra patología de la libertad. El insensato por un lado, el drogado por otro, en los dos casos se trata de "un sujeto vacilante en su humanidad".[18] El loco y el drogado son las dos maneras simbólicas en que las sociedades modernas emplean para designar lo inverso de su ideal de persona. El primero surgió en el alba de la democracia, el segundo se convirtió en objeto de una preocupación masiva dos siglos más tarde: entre los dos, el

15 Es, según el concepto de Hegel "simple contradicción en el interior de la razón, la cual todavía se encuentra presente", citado por G. Swain, "De Kant à Hegel: deux époques de la folie" (1977) reimpreso en *Dialogue avec le insensé*, prólogo de M. Gauchet "A la recherche d'une autre historie de la folie", Paris, Gallimard, 1994. Paul Bercherie contesta con esta tesis: según él, Pinel rechazó la idea dominante en su época, a saber, que la alienación resultaba de un afección del cerebro. "Esta toma de posición es una primera consecuencia de proveer de una base teórica a la idea de curabilidad de la locura: el cerebro no está afectado, sino que el espíritu sufre un desarreglo en su funcionamiento, de allí la acción posible de un tratamiento moral y la curabilidad potencial de la locura". *Les Fondements de la clinique-Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, Ornicar, 1980, pp. 36-37. Dicho de otro modo, si el alienado es accesible a un tratamiento moral, no es porque posea un resto de razón, sino porque su enfermedad no tiene, por lo general, un sustento orgánico. Sin embargo, nunca llevó más lejos su investigación. Tanto Bercherie como Swain están de acuerdo en que, en todo caso, la manía intermitente tuvo un papel decisivo para la idea de una posible curación del loco. Por el contrario, Jan Goldstein confirma la tesis de Swain, pero sin referirse a ella (cap. 3).

16 G. Swain, *Le Sujet de la folie, op. cit.*, p. 143.

17 T. De Quincey, *Les Confessions d'un mangeur d'opium anglais*, Paris, Gallimard, 1990, p. 96 (hay edición castellana, *Confesiones de un opiómano inglés*, Buenos Aires, CEAL). Esta cuestión ha sido tratada en *L'individu incertain, op. cit.* Para De Quincey y el siglo XIX véase "La guerre à l'interieur de soi", cap. I.

18 H. Ey, artículo citado. Ey sólo emplea esta fórmula para el psicótico.

movimiento que conduce de la alienación a la neurosis y, luego, de la neurosis a la depresión.

Melancolía: de la grandeza del alma al sentimiento de impotencia

La polaridad razón-sinrazón no definió enteramente el problema del trastorno mental: en particular, deja intacta la cuestión del sufrimiento, que deriva de la polaridad felicidad-desdicha. Para pensar la alienación como un sufrimiento y no solamente como una sinrazón, se hace indispensable cierto entorno, cierta forma de vida civil.

El Siglo de las Luces es el siglo de la razón, y también de la felicidad:[19] se encuentran en él las dos principales dimensiones del proceso de laicización que funda las sociedades modernas. Apareció en la época en la cual se constituye una esfera pública moderna, en la cual se hace uso público de una razón, de cara a los iguales, según la tesis desarrollada por Habermas, una esfera privada en la cual una *vida personal*, independiente de la autoridad divina o real, es objeto de una inmensa literatura. El tema de la felicidad adquiere ahora un valor completamente nuevo: favorece "una atención hacia el interior resentido [...] pues los signos que son el placer y el displacer deben permitir al hombre convertirse en el agente de su destino".[20] Se difunde paralelamente el tema del mal de vivir: conciencia dichosa y conciencia inquieta son solidarias. En el siglo en que se afirma la idea de una sociedad autosostenida (fundada en la ficción de un contrato entre los hombres que delegan en el cuerpo político el cuidado de gobernarlos) la existencia puede justificarse por otros medios que por la salvación religiosa: la felicidad se convierte así en un medio. ¿Cómo realizarlo? De un modo completamente simple, por la sociabilidad: el hombre es un animal sociable, su instinto lo conduce hacia los demás. En el siglo XVIII, "jamás el hombre había sido concebido menos como un ser solitario [...] La aptitud del hombre para descifrar a sus semejantes, para revelarse a los demás, constituye algo que va de suyo. No se reconoce el misterio individual".[21] Lo que desea la solicitud es un misántropo. La oposición moderna entre individuo y sociedad carecía de sentido –si es que existe tal oposición, pensaba Rousseau, es porque la sociedad está mal fundada. Pero esta felicidad descansa sobre el problema de las pasiones: éstas exaltan al sujeto, lo conducen más allá de lo razonable, y conducen finalmente al abatimiento y a la melancolía.

19 R. Mauzi, *L'Idée de bonheur dans la littérature et la pensée française au XVIIIe siècle*, Paris, Albin Michel, 1979, reedición de 1984 (la primera edición de esta tesis de Estado data de 1965, por Armand Colin). Se encuentran aquí numerosas referencias a la melancolía.

20 F. Roustang, *Influence, op. cit.*, p. 65. Roustang comenta a Condillac que, en *El Tratado de las Sensaciones* (1754) considera a la felicidad como un medio para comparar placeres y displaceres: "Observar la influencia de este principio es, entonces, el único medio de observarnos a nosotros mismos", p. 267 (edición Fayard, 1984), citado en p. 65.

21 R. Mauzi, *op. cit.*, p. 590.

Exaltación y abatimiento "que fecundan el arte, que siembran la sinrazón",[22] la melancolía conocía un doble destino: el primero como característica del hombre de genio. Se invistió, a partir del Romanticismo, en el artista, figura sublime y trágica, cuya desgracia es la grandeza de su genio. El segundo, que concernía al hombre ordinario, era el de ser una enfermedad. Pero una y otra tienden a que la melancolía esté directamente ligada, en la historia occidental de la conciencia de sí, a aquello que representa la *exacerbación.*[23] A tal punto es así que Raymond Klibansky ha podido escribir que "dar una visión de conjunto [de la melancolía] sería escribir una historia de la sensibilidad del hombre contemporáneo".[24] A comienzos del siglo XVI, la melancolía "está tan bien asimilada a la conciencia de sí que nada distinguía el hombre tan bien que no fuese auténticamente melancólico, o al menos que no pase por tal, tanto a sus propios ojos como a los ojos de los demás".[25] La melancolía no fue su sufrimiento, él la afirma, le concede gloria. "Mi gozo es la melancolía" decía Miguel Angel.[26] Placer y dolor de ser uno mismo, he aquí el eje en torno del cual gira la melancolía.

En el siglo XVIII, la melancolía se vuelve nerviosa (en el sentido de que los nervios se irritan) en el momento en que el cerebro comienza a ocupar un lugar central en la conducta.[27] Si el alma se corrompe, el cerebro se fatiga: sus fuerzas son limitadas, le es necesario reposar o detenerse, música y sol. La melancolía resulta de una predisposición, en la medida en que el sistema nervioso es un aparato de relaciones con el mundo, este estado "es cada vez más a menudo interpretado como la consecuencia de un choque psíquico, o de una tensión excesiva debida a circunstancias exteriores".[28]

La melancolía es definida por Esquirol en 1819 como una monomanía:[29] tristeza, abatimiento y disgusto de vivir se acompañan a menudo de un delirio sobre un único tema, mientras que la razón se conserva para todo lo demás. El melancólico es perseguido por una idea fija, que los psiquiatras denominarán más tarde "locura de duda" o "delirio de culpabilidad". Se diferencia bien del delirio general que caracteriza a la manía. No obstante ello, aparece la idea de una melancolía sin delirio: "una pasión triste y depresiva",[30] sin signos de sinrazón. La ausencia de delirio lleva a reducir la parte concedida al entendimiento en la alienación y permite aislar el sufrimiento en el fenómeno floreciente de la alienación.

La inflexión se produce entre comienzos del siglo XIX y la década de 1830. El psiquiatra Michel Gourevitch ha comparado la forma en la cual Esquirol describió un caso de melancolía en un manuscrito de 1810 y en un texto impreso en 1838: en 1810, la enferma entra en delirio después del anuncio de una mala noticia; en 1838, está "solamente" desesperada.[31] El cambio de la perspectiva clínica es sorprendente.

Del delirio a la desesperación se inicia la lenta declinación de la psiquiatría intelectualista: "Se puede, de aquí en adelante, sucumbiendo a los golpes del destino y a la fuerza de las pasiones, caer enfermo de tristeza. [...] El status que confiere la enfermedad orgánica se extiende de los fenómenos psicológicos a los que ya se denominaba morales".[32] Hubo aquí una etapa en la lenta génesis del trastorno de la personalidad. La melancolía abre un pasaje entre lo normal y lo patológico:[33] en lugar de una diferencia de naturaleza entre uno y otra, la posibilidad de una continuidad, de una escala, con sus umbrales.

Más aún, esta enfermedad "va a hacer del sufrimiento del espíritu el principio mismo y el elemento de trastorno de los alienados".[34] Una reformulación se operó, primero en Bélgica con Joseph Guislain (1817-1860), luego en Alemania con Wilhelm Griesinger (1817-1868).[35] Ésta se realizó respecto de dos temas: toda locura comienza por un cambio de humor; existen locuras sin

22 Y. Bonnefoy, Prefacio a J. Starobinsky, *La Mélancolie au miroir,* Paris, Julliard, 1989, p. 7.

23 R. Klibansky, E. Panovsky y F. Saxl: *Saturne et la mélancolie*, Paris, Gallimard, 1989 (hay traducción castellana, *Saturno y la melancolía,* Madrid, Alianza), "La mélancolie comme exacerbation de la concience de soi", pp. 371-387.

24 En el prefacio de 1988, p. 19.

25 R. Klibanki, E. Panovsky, F. Saxl, *op. cit.*, p. 376. Con excepción de Francia, que hizo "la guerra a la tristeza", escribe Marc Fumaroli, y optó decididamente por la salud, en toda Europa se la celebra como la sublime desdicha de un alma que se da cuenta de sus sufrimientos. M. Fumaroli, "Nous serons guéris si nous le voulons" en el excelente dossier "Tradition de la mélancolie", *Le Débat,* nº 29, marzo de 1984.

26 R. Klibansky, E. Panovsky, F. Saxl, *op. cit.*, p. 376.

27 "Son los nervios y el cerebro los que dirigen el comportamiento intelectual y psíquico del individuo", escribe Jean Starobinski, *Histoire du trataiment de la mélancolie des origines à 1900*, tesis de la Universidad de Lausana, Bâle, Geigy, 1960, p. 49.

28 *Ibid.*, p. 83.

29 "En la monomanía o en la melancolía, el desorden encuentra su origen en el desorden de las afecciones morales, que actúan sobre el entendimiento. La manía tiene como característica un delirio general, cuyo principio está en el desorden del entendimiento, desorden que entraña el de las afecciones morales", artículo "Monomanía", *Dictionaire des sciencies médicales*, 1819, tomo 34, p. 114, citado por Gourevicht "Esquirol et la lypémanie. Naissance de la dépression" en P. Pichot (dir.), *Las Voies nouvelles de la dépression*, Paris, Masson, 1978, p. 14. Gourevicht precisa: "Es Esquirol el primero que, en 1819, ha otorgado derecho de ciudadanía al abatimiento del humor con pérdida del gusto de vivir como fenómeno patológico en sí mismo y por su sola intensidad", p. 12.

30 E. Esquirol, *Des passions considerées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'alienation mental* (1805), edición de G. Swain, 1980, citado por G. Lantéri-Laura, "Introduction historique et critique à la notion de doleur morale en psychiatrie", en Rémi Tevissen (dir.), *La Douleur morale,* Paris, Éditions du Temps, 1996, p. 12.

31 M. Gourevicht, "La dépression, fille de l'art romantique", *Psychologie médicale,* vol. 16, nº 4, 1984, p. 705.

32 M. Gourevicht "Esquirol et la lypémanie", artículo citado, p. 17.

33 *Ibid.*, p. 18, y G. Swain, "Permanence et transformation de la mélancolie" (1989), reimpreso en *Dialogues avec l'insensé*, p. 168. R. Castel anotaba en 1976: "La autora abre [...] también un espacio, en principio mal definido, de una extensión de lo patológico", *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit 1976, p. 177 ("Les monomanes et les fous", p. 174-182).

34 G. Swain, "Permanence et transformation de la mélancolie", p. 179.

35 Véase G. Lantéri-Laura, "Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie", pp. 13-16. Este punto ha sido muy subrayado por los pocos historiadores que se toman en serio el pensamiento psiquiátrico. Gladys Swain ha insistido mucho en esta relación, en su artículo precitado, como también Paul Bercherie: "Esta idea de un dolor inicial, que precede incluso a las locuras de tonalidad afectiva alegre, se discutirá, pero se la reconocerá

desórdenes de la inteligencia, en las que sólo resultan afectados la emoción, el afecto o el humor. La noción de humor se importó a Francia, junto con la de locura cíclica, en los años de la década de 1850 (alternancias de estados maníacos y de estados melancólicos, separados entre sí por períodos de lucidez). Se la identifica con la melancolía a fines de siglo.[36] Melancolía o dolor moral se recuperan por completo. El psiquiatra de la Salpêtrière, Jules Séglas (1856-1939), definió el núcleo del que saldrá la depresión en la década de 1940: en "la melancolía sin delirio o con conciencia", según declara en una lección de 1894,[37] "*el dolor se reduce a un sentimiento de impotencia*. Este dolor moral, esta depresión dolorosa [...] es el síntoma más importante de la melancolía, diría incluso, de buen grado, el síntoma característico".[38] La persona afectada por esta enfermedad "tiene conciencia de la naturaleza patológica de los fenómenos que experimenta y contra los cuales dice querer, pero no poder, reaccionar".[39] Comienza a fijarse un futuro B.A.-BA de la psiquiatría: la distinción entre el humor o el afecto y el juicio o la representación.

La transformación de una enfermedad propia de la grandeza del alma y del genio en miseria afectiva, se vincula igualmente, sin duda, con la composición social de los asilos, a saber, las clases trabajadoras. La situación de éstas últimas se convirtió, a partir de la década de 1830, en objeto de múltiples investigaciones que describen su miseria moral y material: los alienistas pudieron ver en ella la fuente de las famosas "causas morales". Lo sublime de la enfermedad fue desapareciendo a medida que se descendía en la escala social. ¿Acaso el político radical Eugène Pelletan no declaró: "La enfermedad que entre la gente vulgar no es más que decadencia, no es para los grandes buscadores de ideas otra cosa que la predisposición natural a lo sublime"?[40]

finalmente de modo bastante amplio como un progreso en la comprensión psicopatológica", *op. cit.*, p. 60. Pierre Janet señala que Guislain "encontraba el origen de todas las enfermedades mentales en trastornos de la vida sentimental", *De l'angoisse à l'extase*, *op. cit.*, p. 10.

36 Jean Pierre Falret para la locura circular, Jules Séglas para la asimilación entre dolor moral y melancolía. Véase G. Lantéri-Laura, "Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie", pp. 17-21. Marcel Gauchet considera con justicia que las locuras con conciencia, en las cuales "se confronta la existencia de la conciencia y de la inconciencia" ("De Pinel a Freud", en G. Swain, *Le Sujet de la folie*, *op. cit.*, p. 49) constiyuyen una etapa decisiva en la génesis de la noción de neurosis.

37 "De la mélancolie sans delire", décima lección clínica (11 de febrero de 1894) extraída de *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Asselin, 1895, en R. Tevissen (dir.), *op. cit.*, p. 34. Séglas rinde aquí homenaje a Guislain y a Griesinger.

38 *Ibid.*, p. 33. El subrayado es mío.

39 *Ibid.*, p. 36. Séglas cita aquí a una de sus pacientes.

40 Citado por T. Zeldin, *Histoire des passions françaises, 1848-1945*, Paris, Éditions Recherches, 1979, reedición de Seuil, colección "Points", vol. 5, p. 25. Zeldin es, sin duda, uno de los primeros historiadores en haberse referido en 1973 (fecha de la edición original) a una "historia de angustia personal", respecto de la cual precisa que "se trata de un dominio virgen", p. 71.

El reflejo o la conciencia en la médula espinal

Si la melancolía da comienzo a la separación entre el afecto y la representación, el reflejo es uno de los vectores del descentramiento de la conciencia. El reflejo revela a la vez la sensación y el movimiento. Ahora bien, es este último que ha interesado por mucho tiempo a la ciencia porque, como lo ha subrayado con fuerza Georges Canguilhem "la esencia de la dignidad es el poder de decidir, el querer. De allí la atención orientada a delimitar entre los movimientos aquellos que no son más que animales [involuntarios] y los que son expresamente humanos, voluntarios y razonables".[41] Esta atención a una dignidad atribuida a un hombre se refuerza por el hecho de que el dolor no es un objeto médico: no es una la enfermedad. ¿No fue Magendie quien preguntó en una sesión de la Academia de Ciencias dedicada al dolor, en 1847, en qué podía interesar a la Academia el hecho de que la gente sufriese más o menos?[42]

En la medida en que no existía, a mediados del siglo XIX, el problema del dolor psíquico –no hay más un lenguaje de la enfermedad– ¿por qué, por una razón determinada, podía existir el problema del dolor moral? El dolor psíquico no es otra cosa que la compañía de la enfermedad,[43] en el mejor de los casos un síntoma, una indicación para que el médico realice su diagnóstico. El sufrimiento moral es, en sí mismo, la compañía apenas percibida del dolor mental.

Aparentemente, nos encontramos más allá de la cuestión del "sujeto". Sin embargo, la laicización del alma pasó igualmente por la fisiología del reflejo. Como destacó Georges Canguilhem: "Si la distinción entre movimiento voluntario y movimiento involuntario se convirtió en un problema de la psicología, es en razón de la importancia que proviene, en principio, de su significación religiosa, moral y jurídica. Antes de ser un problema científico, es una cuestión que concierne a la experiencia de la culpabilidad y de la responsabilidad."[44] La distinción entre los dos movimientos es uno de los campos de batalla que permite distinguir entre los actos más elevados del hombre (el coraje, la virtud, etc.) y las simples reacciones, reflejos, precisamente, que son comunes en todos los mamíferos. Psicologistas y alienistas han intentado explicaciones de la actividad psíquica a partir de una combinación de reflejos sobre los cuales el hombre no tiene ningún poder. La apuesta de esta descentración es establecer una vinculación entre el cerebro y el resto del cuerpo.

41 G. Canguilhem, *La Formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècles*, *op. cit.*, p. 7.

42 T. Zeldin, *op. cit.*, p. 28.

43 "Juzgado como la compañía inevitable de la enfermedad, el dolor ha sido señalado, a menudo, más relegado a un segundo plano que estudiado en sí mismo", escribe R. Rey en *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993, p. 10.

44 G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 149.

El papel de la biología darwiniana en la génesis del inconsciente freudiano[45] y el de las investigaciones sobre el arco reflejo en una concepción unificada de las funciones nerviosas son hoy bien conocidos.[46] Pero, del mismo modo, las investigaciones sobre la acción refleja abrieron camino "hacia un nuevo modelo de funcionamiento subjetivo",[47] del cual el inconsciente freudiano es el punto culminante. Olvidar que Freud fue por mucho tiempo un biologista, y sobre todo un especialista en neuroanatomía humana, que recibió su formación de los mejores especialistas austríacos (Ernst Brücke y su asistente, Sigmund Exner, fueron sus maestros),[48] no permite comprender las múltiples fuentes biológicas y psicológicas que condicionan, no sólo el nacimiento del inconsciente psíquico, sino el de una nueva percepción del hombre.

Sigmund Exner (1846-1926) "construyó [...] una explicación general de todas las funciones psíquicas a partir del reflejo, empleando la lógica hasta hacer del reflejo lo que llamaríamos un "contra-*cogito*"; ya no debería decirse, según Exner: yo pienso, yo siento, sino: él piensa en mí, él siente en mí".[49] Para que aparezca una verdad como ésa ha sido necesario que el reflejo sea analizado no solamente desde el punto de vista del movimiento, sino también del de la sensación, o dicho de otro modo, desde una psicología. El movimiento involuntario se convierte en acción automática, es decir, en una inteligencia

45 F.J. Sulloway, *Freud-Biologiste de l'esprit*, Paris, Fayard, 1981 (edición americana, 1979). Sulloway muestra que la influencia de Darwin sobre Freud es doble. 1. La noción de conflicto psíquico interno es una transposición de la lucha por la vida que caracteriza la situación de todas las especies animales. 2. El presente encuentra su clave en el pasado. Esta obra densa y muy informativa describe la formación biológica y neurológica de Freud. El aporte de Sulloway es haber demostrado la importancia decisiva de *L'Esquise d'une psychologie scientifique* (traducción castellana en *Obras Completas*, Madrid, Aguilar, tres tomos) que Freud había escrito y dejado sin terminar en 1895 (el manuscrito no se encontró hasta 1950). Lo que pareció, sobre todo en Francia, como "un descarrío biologizante de Freud" ocupa un lugar decisivo en la génesis del psicoanálisis. El "nudo del enigma", muestra Sulloway, es la parte que Freud no ha rehusado escribir: "el problema de la defensa, y particularmente del rechazo patológico", p. 116.

46 La obra de referencia es E. Clarke y L. S. Jacyna, *Ninneteenth Century Origins of Neuroscientific Concepts*, University of California Press, 1987. Estos dos autores subrayan que la actividad refleja es el tema que más atención ha suscitado. Atribuyen al maestro de la psiquiatría alemana del siglo XIX, Wilhelm Griesinger, el hecho de que la acción refleja se haga presente también en la conciencia. Para Griesinger el comportamiento mental está hecho de movimientos psíquicos", p. 137. El psicólogo William Carpenter ha desarrollado una noción de reflejo entendido como función biológica de base y la ha extendido al "reino de la psicología", p. 139. Véase también M. Jeannerod, "Les voies du réflexe", en *op. cit.*

47 M. Gauchet, *L'Inconscient cérébral*, Paris, Seuil, 1992, p. 82. Como lo subraya el autor, el inconsciente cerebral se refiere a la "cerebración inconsciente" empleada por primera vez por William Carpenter.

48 "Fue, escribe Freud de Brücke, la más grande autoridad que jamás haya ejercido una acción sobre mí", citado por P. Gay, *Freud, une vie*, Paris, Hachette, 1991, p. 40. Véase también Sulloway, pp. 12-13. Freud le dio el nombre de Ernesto al tercero de sus hijos.

49 Citado por G. Canguilhem, *op. cit.*, nota 5, p. 153, y M. Gauchet, *L'Insconscient cérébral, op. cit.*, p. 122. Se trata de una cita extraída de Jules Soury, *Le Système nerveux central*, G. Carré y C. Naud, 1899, 2 vols. Esta obra, histórica y crítica, que además aborda marginalmente el problema del reflejo, es una fuente ampliamente utilizada por los historiadores de las ciencias del cerebro. Sobre el papel de los trabajos de Exner para el concepto freudiano de investidura, véase Sulloway, *op. cit.*, p. 108.

que no tendría conciencia de sí misma.[50] Los trabajos sobre el arco reflejo permiten alojar la psiquis "en la médula espinal".[51] A mediados de siglo, los investigadores tienen la clave de una concepción integrada de las funciones nerviosas, es decir que ya no se limitan al encéfalo.[52] Se comienza entonces a distinguir en el hombre un nivel a la vez inferior y antiguo, animal e involuntario, y un nivel superior que se constituyó recientemente en la evolución de la especie humana, más voluntario pero menos organizado. Su desorganización deja abolido el control sobre los centros inferiores, que se liberan: la consecuencia de ello es la enfermedad mental. Una buena parte de la psiquiatría organicista del siglo XX encontrará su referente en esta concepción (Henry Ey particularmente, para el caso francés). La bioquímica del cerebro le quitará sus bases científicas.

Es un tema clásico, con razón o sin ella, contraponer el sufrimiento de un sujeto al dolor de una enfermedad. Para que el sufrimiento importe en cuanto tal, lo esencial es que se haya instaurado un lenguaje que le permita ser no solamente enunciado, sino también comprendido: el uso público, la vivencia común es la condición de la experiencia privada. El loco es un semejante, por cierto, pero un semejante disminuido, un degenerado: aquí se encuentra lo esencial de la problemática de la enfermedad –y esto es lo que importa, mucho más que la enfermedad en sí misma. Tratar el sufrimiento del enfermo (mental) en sí mismo, es cuidar del enfermo en tanto sujeto. Ello supone un paso más que no se dará en el seno de los asilos, con sus pobres de todo género, sino en la medicina liberal con su clientela burguesa, clase social para la cual el trastorno mental está en gran medida desconectado del orden público.

El choque de la neurastenia o la socialización del espíritu

El loco no interesa a la opinión pública más que a través de diversos hechos contados por los periódicos. Ahora bien, en los últimos veinte años del siglo XIX hizo furor una nueva enfermedad: la neurastenia. Constituye lo que podría denominarse la primera enfermedad de moda, una enfermedad que movilizó tanto a los especialistas (Charcot, Freud, Janet, Ribot, entre otros, han escrito

50 "El término "cerebración" escribe Adam Crabtree a propósito de Carpenter, no se refiere al pensamiento, sino a la acción refleja en el cerebro. La expresión cerebración inconsciente se proponía como explicación a las acciones automáticas que parecen ser inteligentes sin llegar a la conciencia del agente", A. Crabtree, *From Messmer to Freud. Magnetic Sleep and the Roots of Psychological Healing*, New Haven and London, Yale University Press, 1993, p. 256.

51 "Toda vez que se habla de sensación se está en el terreno de la psicología. Es lógico que se busque alojar alguna parte de la *psyché*, incluso en la médula espinal", escribe Canguilhem. "Le concept de réflexe dans au XIXe siècle" (1964) reimpreso en *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1994 (7ª edición), p. 301.

52 El descubrimiento de la célula cerebral a finales del siglo permitirá describir la química del reflejo. Véase E. Clarke y L. S. Jacyna, *op. cit.*, cap. 4.

sobre ella) como a la gran prensa, a la opinión pública, a los artistas y a los escritores. La neurastenia es el punto de partida de una atención nueva, social, ante el sufrimiento, a través del nacimiento del trastorno funcional. Es ésta la base de la noción de lo exógeno: alguna cosa que viene del exterior tiene como consecuencia una transformación interna, una reacción patológica de la persona. La neurastenia vuelve inútil la referencia a lo heredado para explicar un comportamiento o un sentimiento mórbidos. En la huella, la noción de lo endógeno se recompone, se abre a la idea de una génesis psíquica: es lo que demostrarán de manera diferente Sigmund Freud y Pierre Janet.

La vibración nerviosa

Fuera de los asilos, había también unas pocas clínicas privadas,[53] dirigidas por alienistas, que acogían una clientela burguesa, así como una medicina liberal (neurólogos, ginecólogos, oftalmólogos, generalistas, etc.) y se ocupaban de una floración de trastornos con nombres de lo más variados: corazón irritable, neuropatía aguda, neuropatía cerebro-cardíaca, hipocondría, etc. Estas enfermedades fueron agrupadas bajo el nombre de "neurosismo" o "nerviosismo" en los años de la década de 1860, y en términos cualitativos "gente que, sin sufrir de ningún trastorno orgánico [...] se halla, sin embargo, presa de una tortura mental".[54]

Hay una modernidad en la neurastenia que está ausente en la melancolía. Su inventor, el americano George Beard, la calificó de enfermedad de la vida moderna, pues es el resultado de la trepidación de los nuevos tiempos, de la industria y de las grandes ciudades: representa la dimensión nerviosa de la fatiga industrial.

La noción de trastorno funcional permite salir de un modelo de enfermedad definido por la relación síndrome-lesión.[55] Un síndrome puede ser la reacción patológica a un acontecimiento, no es necesaria entonces la presencia de la lesión. La importancia de la neurastenia, para el problema que nos ocupa, es que inicia, *vía* la noción de un trastorno funcional, *una permeabilidad social del espíritu*. Es lo que sirve de atracción a una socialización completamente nueva del espíritu.

En los veinte últimos años del siglo XIX, el arte moderno se apodera de la nerviosidad, de las sensaciones y de los instintos. "Lo que es moderno, escribía Hugo von Hofmannsthal en 1893, son los viejos muebles y las jóvenes nerviosidades":[56] nostalgia melancólica por la estabilidad de un mundo en

53 Raros, porque requerían de una inversión considerable. Véase I. Dowbiggin, *op. cit.* y J. Goldstein, *op. cit.*

54 T. Zeldin, *op. cit.*, p. 82.

55 En el curso del siglo XIX se había impuesto, en un principio, el modelo que ligaba un síndrome a una lesión; luego, a finales de siglo, un modelo fundado en una causa, en la huella del pastoralismo y del progreso de la psicología, a partir de los trabajos de Claude Bernard. Véase G. Lantéri-Laura, "La connaissance clinique: historie et structure en médecine et en psychiatrie", *L'Évolution pychiatrique*, nº 47, vol. 2, 1982.

56 *Frankfurter Zeitung*, 8 de febrero de 1893, citado por *H. Glaser*, *op. cit.*, p. 98.

tránsito de desaparición, curso inquieto hacia un presente que huye. Es necesario tener salud, ser tan resistente como una máquina y tan perspicaz como un filósofo. Escritores, poetas, pintores, literatos hacen entrar en escena simultáneamente el modernismo y los nervios. Rapidez de máquinas, mística de nervios, culto del inconsciente, el tema de la nerviosidad se impone a la vez en la medicina y en el arte. Una medicina se ocupa de los pacientes, define su enfermedad y les ofrece las esperanzas de un tratamiento; un arte esculpe, da a leer, pone en escena, en suma, provee un relato para el público sobre lo que significa ser un alma desgarrada por sí misma, o por lo menos invadida por las sensaciones más contradictorias.[57] Una medicina que ofrece curas y una cultura que, al enseñar el lenguaje del sufrimiento, permite que se elabore una demanda: los desplazamientos del equilibrio interior comienzan a incrementarse.

La neurastenia[58] aparece, en efecto, como un agotamiento nervioso resultante de la vida moderna y no de una degeneración; el factor social aparece en el primer plano de la etiología. *Nervous Exhaustion*,[59] la obra que George Beard publicó en 1869, es un inmenso éxito internacional. Traducida al francés en 1895, sus trabajos ya son conocidos en la década de 1880. Una abundante literatura, destinada tanto a los médicos como a los pacientes ve la luz en Francia en el curso de los últimos veinte años del siglo. La más conocida de estas obras es la de Gilbert Ballet y Adrien Proust, *L'Hygiène du neurasthénique*(1897)[60] cuyo éxito se extiende a toda Europa. Ballet, profesor de clínica de enfermedades mentales, funda en 1906 *L'Encéphale*, mientras que Proust es conocido sobre todo por ser el padre del escritor.

¿A que se refería el término "neurastenia"? Para decirlo así, de una vez: "Si un enfermo, escribía Beard, se queja de un malestar general: debilitamiento de todas sus funciones, falta de apetito, fragilidad persistente en la espalda y en la columna vertebral, dolores neurálgicos fugaces, histeria, insomnio, hipocondría, falta de interés por un trabajo manual continuado, dolores de cabeza agudos y agotadores y otros síntomas análogos, sin presentar signos de anemia ni de enfermedad orgánica, hay entonces alguna razón para suponer [...] que se trata de un caso típico de neurastenia."[61] Un conjunto de trastornos dispares encontraban aquí un calificativo. Resultaban, según Beard, de una presión demasiado intensa y repetida sobre el sistema nervioso,

57 Véase P. Pachet, *Les Baromètres de l'âme-Naissance du journal intime*, Paris, Hatier, 1990.

58 He utilizado aquí a T. Zeldin, *op. cit.* , A. Rabinbach, *The Human Motor, Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1990, particularmente el cap. 6, y H. Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, con una presentación de E. Roudinesco, Paris, Fayard, 1994 (edición americana, 1970; primera edición francesa, 1974), y M. Huguet, *L'Ennui et ses discours*, Paris, PUF, 1984, particularmente el cap. V. Fuera del caso de los Estados Unidos (F.G. Gosling, *Before Freud. Neurasthenia and the American Medical Community, 1870-1970*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press) no he encontrado ninguna otra obra que trace un cuadro sistemático de la historia de la neurastenia.

59 El título exacto es *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion*.

60 La obra aparece citada por todos los historiadores del período.

61 Citado por T. Zeldin, *op. cit.*, p. 89.

pero también sobre el arco cerebro-espinal. De acuerdo con el vago diagnóstico de la época, neurastenia, histeria, hipocondría y melancolía se mezclaban alegremente,[62] sobre todo para ojos menos entrenados que los de los psiquiatras de los asilos o de los neurólogos.

La recepción del libro de Beard y el éxito de la neurastenia no afectaron a la existencia de medicaciones particularmente eficaces –no los había en esa época– pero sí a la preocupación de una época caracterizada por la fatiga y el *surmenage:* la fatiga psíquica que afectaba a las clases trabajadoras, pero también el *surmenage* intelectual, del cual se pensaba que afectaba particularmente a la juventud escolarizada, a las profesiones intelectuales, a las clases medias y altas de las grandes ciudades. El *surmenage* era uno de los elementos de explicación de la población francesa, degeneración que se consideraba como una de las causas de la derrota en la guerra de 1870. Fue objeto de numerosos trabajos médicos a partir de la década de 1880. Se trataba de medir la fatiga, develar los peldaños del *surmenage.* La fatiga es una de las grandes inquietudes de este fin de siglo francés: se ve en ella la principal razón de degeneración de la raza. En la medida en que sus causas son sociales –y por lo tanto no resulta de causas hereditarias– se abre la vía de la acción.[63]

Émile Durkheim, al evocar estas "anomalías diversas que se han reunido por lo general bajo el nombre común de neurastenia" agrega: "Cada vez va generalizándose más".[64] ¿Por qué? Las explicaciones lanzadas desde los innumerables textos publicados a finales del siglo XIX y a comienzos del XX están dominadas por la percepción de un mundo que ha cambiado: aumento de las posibilidades de movilidad espacial (el tren) y social, difusión de la riqueza y del lujo (las grandes revistas de modas comienzan a publicarse a fines del siglo XIX), nuevo papel de las masas en la política, declinación de la religión, venenos de la vida moderna, como el alcohol, literatura que explora los trasfondos más oscuros del alma humana ("ofrece al espíritu del lector casos patológicos, problemas de psicópatas sexuales, problemas revolucionarios"),[65] etc. La vida de las grandes ciudades "cada vez más refinada y agitada",[66] suscita placeres sensuales y refinamientos estéticos nuevos para la burguesía y las clases medias. En suma, todo se mezcla sin que se pueda distinguir verdaderamente la crítica de la modernidad y el diagnóstico de una patología.

Numerosos trabajos se han centrado sobre el reajuste del Yo que se opera en la cultura de fin de siglo.[67] Sugieren hasta qué punto los artistas ponen en escena dilemas personales: la ambición de hacer su propio camino, de apartarse de la tradición, de no seguir imitando a la naturaleza, estimula interrogantes identitarios y ansiedades. Estos artistas proporcionaron así modelos de comprensión de sí mismo y del mundo a la burguesía y a las clases medias. Los nervios hacen su aparición en la cultura y en la medicina: diseñan una nueva interpretación del hombre, a la vez más instintiva y más reflexiva. En 1891, Herman Bahr habla de "la entrada solemne de una vida nueva en el espacio de la interioridad espiritual" y la denomina "una mística de los nervios".[68] En 1902, Willy Hellpach, en su obra titulada *Nerviosidad y cultura,* atribuye el éxito de la neurastenia a partir de 1880 al violento desapego de las tradiciones: "Es, según me parece, algo más que azaroso que, en esa época, se asista a la irrupción de todo el movimiento modernista –y no se trata de una simple emergencia, sino más bien de una entrada triunfal. Una vez lanzada, la época moderna estaba madura para reflexionar por sí misma."[69]

Léon Binswanger habla en 1896 de un "estrecho vínculo entre esta enfermedad y la vida moderna, la caza desenfrenada del dinero y de las posesiones materiales, el progreso formidable del dominio técnico que han vuelto ilusorios todos los obstáculos temporales y espaciales a la circulación". Kraft-Ebing evoca en 1895 las transformaciones que se han producido en el curso de los diez últimos años en las "naciones civilizadas" y "han modificado considerablemente profesión, posición cívica y propiedad y todo aquello que depende del sistema nervioso, que debe satisfacer las crecientes exigencias sociales y económicas que se multiplican a expensas de la energía que no se puede recuperar más que de modo bastante insuficiente". Wilhelm Erb convoca las exigencias del combate para la vida y para el lujo: "Lo que la lucha por la vida exige de productividad de parte del individuo se ha incrementado considerablemente, y no se la puede satisfacer más que empleando todas las fuerzas intelectuales; al mismo tiempo, se han elevado las necesidades del individuo, y sus pretensiones de gozar de la vida se han elevado también en todos los medios; un lujo sin precedentes se propaga por todas las clases de la población, que anteriormente no participaba en absoluto de él".[70] Es en este contexto que la neurastenia se expande con gran rapidez: "Parece haberse propagado como una epidemia, escribía un psiquiatra en 1904. El nombre neurastenia está ahora en todas las bocas, es la enfermedad de moda."[71]

Se comprende por qué Pierre Janet podía escribir en 1932 que, en su época

62 A. Rabinbach, *op. cit.*, p. 160.

63 Pese a ello, en Francia, el hecho del peso particular que ha ocupado la tradición hereditaria ha dado lugar a que se mezclen causas hereditarias y causas sociales. Véase Rabinbach, *ibid*, pp. 156-157.

64 Durkheim E.: *Le Suicide*, Paris, PUF, reedición en la colección "Quadrige", 1995, p. 33. (Hay edición castellana, *El Suicidio*, Buenos Aires, Schapire) La primera edición es de 1897.

65 W. Erb, *Sur l'acroissement de la maladie nerveuse à notre époque*, 1895.

66 *Ibid.*, p. 30.

67 Véanse Carl Schorske, Hermann Glaser, Jacques Le Rider, Jérôme Seigel, ya citados por M. Huguet, *op. cit.* Este último evoca a Zola hablando del "aburrimiento de los nuevos héroes, la duda", p. 163. Además de estas referencias, el estimulante capítulo de P.-Y. Pétillon consagrado a Misil, "L'empire évanoui", en *L'Europe aux anciens parapets*, Paris, Seuil, 1986. El imperio al que se refiere el autor es el del Yo.

68 Citado por H. Glaser, *op. cit.*, p. 59.

69 *Ibid.*, p. 61.

70 Kraft-Ebing, *Pathologie et thérapie de la neurasthénie*, 1896, y W. Erb, *op. cit.* citados por S. Freud, artículo citado, pp. 30 y 31.

71 P. Dubois (llamado de Berne), *Le Trataimente moral des psichonévroses*, 1904, citado por M.-C. Lambotte, *Le Discours mélancolique. De la phénoménologie à la métaphysique*, Paris, Anthropos, 1993, p. 29.

"todo el mundo estaba neurasténico", pero agrega: "Y se estaba encantado de tener el honor de serlo" ¿Por qué razón? La neurastenia era "un debilitamiento de los nervios, un debilitamiento de la función nerviosa. Esto no dice gran cosa" precisa Janet, que agrega graciosamente, "pero era, sin embargo, más interesante que se pudiera creerlo... Los nervios no se destruyen: se debilitan. Por cierto, esto era más científico de lo que se pensaba, era el comienzo de la interpretación de los trastornos funcionales".[72] De un lado, las causas sociales; del otro, la ausencia de causas orgánicas: el trastorno funcional abre la vía a la idea de que la vida en sociedad puede enfermarnos.

Durkheim insiste sobre este sufrimiento: "Los neurasténicos están, por su temperamento, como predestinados al sufrimiento. Se sabe, en efecto, que el dolor, en general, resulta de un quebranto demasiado fuerte del sistema nervioso; una onda demasiado intensa es a menudo dolorosa [...] Para el neurópata, toda impresión es una causa de malestar, todo movimiento es una fatiga; sus nervios, como a flor de piel, se contraen al menor contacto."[73]

El quebrantamiento del sistema nervioso, el agotamiento de las reservas del espíritu, como decía Janet, caracteriza la floración de trastornos que es la neurastenia. El trastorno funcional reorganiza también la tensión entre lo voluntario y lo involuntario. La fatiga, y ya no la pereza, es la causa de las "enfermedades de la voluntad": ella detiene las claves médicas de la debilidad moral. La psicología científica, que rompe con la introspección en provecho del materialismo y se impone en Francia con Ribot "otorga a lo ilusorio algo así como un status de realidad".[74]

Pero la forma en que actúan estas causas sociales para penetrar en el sistema nervioso sigue siendo vaga. No se podía asir la idea del trastorno funcional sobre algo sólido: las psicológicas o neurológicas son insuficientes para establecer el relevo entre cerebro, espíritu y sociedad. Resulta entonces difícil trazar el equilibrio entre lo exógeno y lo endógeno a partir de un criterio preciso. Charcot lo proporcionará: él pensaba, en contra de la opinión generalizada, que la neurastenia afectaba tanto a las clases trabajadoras como a las profesiones intelectuales, por la sencilla razón de que podía resultar de una serie de *traumatismos*. Henos aquí llevados a la noción de reacción.

72 P. Janet, *La Force et faiblesse psychologiques*, Paris, Maloine, 1932 (Collège de France, curso de 1930), p. 12.

73 É. Durkheim, *op. cit.*, pp. 33-34. Rober Nye describe el contexto social que condujo a Durkheim a preocuparse por la neurastenia, así como sus creencias biológicas, *Crime, Madness and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline*, Princeton University Press, 1984, cap. 5.

74 J. Carroy, *Les Personalités doubles et multiples*, Paris, PUF, 1993, p. XIII. Este libro, como también *Hypnose, suggestion et psychologie* (Paris, PUF, 1988) del mismo autor, resultan muy esclarecedores respecto de la historia de la materialización de lo psíquico. Uno de los puntos interesantes desarrollados en esta obra es el de mostrar, vía la sugestión hipnótica, que un sujeto no necesitaría de su sistema nervioso central para ser definido como tal.

Reacción: del ferrocarril a la autosugestión

En principio, la reacción se impone en la física, con Newton.[75] Aparece enseguida en el vocabulario médico de comienzos del siglo XIX, manteniendo su significación física de acción/reacción, porque todavía no se comprenden los mecanismos psicológicos que producen una reacción a partir de una acción. Sin embargo, la reacción es específica de lo viviente, porque se la considera una forma de resistencia ante el peligro. A fines del siglo XIX, la acepción del concepto es tan amplia que Bernheim (uno de los promotores de la hipnosis en Francia) escribe, en 1874 "que ya no puede ser definido, pues no conlleva una significación precisa".[76] Más que de una significación precisa, se trata en cambio de una consecuencia decisiva que obra el trastorno mental en el social: la psicologización del trauma.[77]

En el origen del traumatismo psíquico, los accidentes de tren: no se trata de accidentes como los otros, porque en el siglo XIX el tren es el símbolo de la modernidad, la "bestia humana", cuyos efectos imaginarios sobre la vida material y sobre la vida espiritual son inmensos. "El tren ha fijado la idea misma del accidente en su significación moderna."[78] En efecto, por primera vez en la historia humana no es la naturaleza (o la guerra) la que causa una catástrofe, sino la técnica y la industria. Resulta de aquí un problema de seguridad en la reparación y de responsabilidad en los daños ocasionados. Más allá de los cuerpos lastimados, aparece un fenómeno: las personas indemnes se quejan de dolores craneanos, de malestar en la espalda, sufren de parálisis parciales o de amnesias. Ahora bien, estas manifestaciones no resultan de lesiones. Un médico londinense, en uno de muchos de los primeros estudios publicado en 1866, inventa el término *railway spine* para designar "el choque espinal", origen de los dolores craneanos. Otro médico londinense demostró, por la misma época, que estos trastornos resultan comparables a los de la histeria y subraya que son producidos por ideas no del todo ausentes en la locura.

Por su parte, Charcot comienza a imponerse en el dominio de la histeria en el curso de la década de 1870. Había entre sus pacientes algunos hombres que él consideraba histéricos. Si la histeria es un mal hereditario no puede

75 J. Starobinsky, "Le mot réaction. De la physique à la psichiatrie ", *Diogène*, nº 93, 1976, p. 5. Véase, además, "La notión de réaction en psychopathologie", *Confrontations psychiatriques*, nº 12, 1974, ocasión en la cual Starobinsky ha publicado su primera versión de este artículo.

76 Artículo "Reaction", *Dictionaire de sciences médicales*, Paris, 1874, tomo II, 3ª série, citado por Starobinsky, "Le mot réaction. De la physique à la psychiatrie", artículo citado.

77 I. Hacking, *Rewritting the Soul-Multiple Personnality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, 1995 se apoya sobre "el estudio histórico definitivo" (p. 183) de Esther Fischer-Homberg, *Die Traumatische Neurose: von Somatischen zum soziale Leiden*, Berne, Huber, 1975. Retomo aquí el resumen que hizo Hacking de esta obra (obra que acaba de traducirse al francés: *L'Âme réécrit-Étude sur la personalité multiple et les sciences de mémorie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs du penser en rond, 1998.

78 *Ibid.*, p. 185.

resultar, estimaba, de traumatismos debidos a accidentes, o al consumo de sustancias tóxicas y de alcohol. Más aún, pensaba que la histeria femenina se debe a las emociones, mientras que la masculina era provocada por accidentes o por tóxicos. Charcot, como se sabe, es el personaje clave de la definición moderna de la histeria: confrontado a sus pacientes que recibieron un impacto durante accidentes, demuestra que los aparentes síntomas neurológicos que desarrollan son, de hecho, conversiones histéricas. En consecuencia, y en la medida en que no hay lesión ¿cuál puede ser el mecanismo que produce el síntoma? Al comparar este fenómeno "con las parálisis producidas por la sugestión, bajo hipnosis, entre los histéricos", concluye que "se trata de un fenómeno de autosugestión traumática, la cual induce parálisis psíquicas o mentales".[79] Charcot dispone en este momento de un amplio concepto de reacción que se encuentra disponible para toda suerte de explicaciones. La amnesia, el éxtasis místico o la parálisis de un miembro son las formas en las cuales el sujeto reacciona (patológicamente) ante el impacto que ha recibido, autosugestionándose sobre el modelo de la hipnosis. El matrimonio de la hipnosis y la reacción da lugar al nacimiento de la noción moderna de neurosis: una enfermedad mental sin sustrato anatómico. Sin sustrato anatómico, pero no sin causa.

El nacimiento de la neurosis se opera en un contexto general que ve a la alienación mental desmembrarse en numerosas enfermedades mentales. Pinel tenía una concepción unitaria de la locura, caracterizada por una multitud de síntomas. A partir de mediados del siglo XIX se producen recomposiciones que no se deben, por otra parte, a los progresos de la psiquiatría, sino a la concepción anátomo-clínica que reina en la medicina: exige semiólogos más precisos, cuyo fin es el de "descubrir nuevas enfermedades por un esfuerzo diferencial, a partir de algunos síndromes que se dejan subdividir"[80] (así, por ejemplo, el vínculo manía-melancolía, locura de forma doble, o locura circular que dará más tarde la psicosis maníaco-depresiva). Existe un progreso semiológico en el sentido siguiente: las enfermedades mejor diferenciadas desde el punto de vista del diagnóstico, que tornan aceptable y creíble la pertinencia del alienismo a la medicina. Sin embargo, queda un tope: la cronicidad de la mayor parte de estas enfermedades.

Ahora bien, en el caso de la neurosis, no sólo hay una etiología sino también, y por primera vez en la historia de los desórdenes del espíritu, una terapia eficaz: la hipnosis. La noción de reacción hace declinar el paradigma degenerativo en provecho de una nueva noción, la de trastorno de la personalidad, de una enfermedad en la cual el espíritu es a la vez la causa, el lugar donde ésta actúa y el blanco de la terapia. Hay aquí un criterio completamente nuevo para definir un exterior y un interior de la

79 G. Swain, "De la marque de l'événement à la rencontre intérieure. Images populaires et conceptions savantes en psychopatologies" (1983), reimpreso en *Dialogues avec l'insensé*, p. 157.

80 G. Lantéri-Laura, *op. cit.*, p. 76. Los capítulos 3 y 4 de esta obra muestran cómo y por qué se pasó de la alienación mental a las enfermedades mentales. Este parágrafo se apoya también en el contenido del capítulo 5.

persona. Dos herencias y dos herederos provienen de él: Pierre Janet y Sigmund Freud.[81]

Janet y Freud: ¿debilidad o culpabilidad?

Si Janet (1859-1947) no alcanza, ni de lejos, la gloria de Freud, su herencia es quizá más determinante para el tema que nos ocupa: su modelo de enfermedad es el hilo conductor de la historia de la depresión.

Tanto uno como el otro han demostrado que el espíritu no es lo que queda cuando no se alcanza a descubrir una causa orgánica a un desorden mental: ambos han asegurado su carácter positivo desde el punto de vista médico y social. El término de neurosis era tradicionalmente una "cómoda" para guardar en ella todos los trastornos que no tenían explicación desde una perspectiva fisiológica. Sólo por la negativa concernía al espíritu. Janet lo escribió en un libro de síntesis sobre las neurosis, en 1909: "La intervención del espíritu [...] ya no es de un carácter puramente negativo, una simple ignorancia, como la ausencia de lesión en una autopsia, es un carácter positivo, real y bastante especial en la enfermedad".[82]

El punto central es el lugar respectivo acordado por uno y otro a la angustia: para Freud, está íntimamente ligado a una culpabilidad, mientras que para Janet es producida sobre todo por una depresión.[83] Más aún, para Freud, "el sentimiento de culpabilidad" es "el problema capital del desarrollo de la civilización".[84] Janet, filósofo de formación convertido en médico a causa del

81 Paul Bercherie anota, en los primeros años del siglo XX, que "ahora Janet ha reemplazado a Charcot [que murió en 1893] en la elaboración de modelos teóricos de la Salpêtrière, y es en el análisis de los trastornos de la personalidad donde, de aquí en adelante, se tenderá a situar los fenómenos de la patología mental", *op. cit.*, p. 189. Sobre el papel central de Charcot en la génesis de la noción de personalidad, *vía* la memoria, véase J. Gasser, *Aux origines du cerveau moderne-Localisations, langage et memoire dans l'oeuvre de Charcot*, Paris, Fayard, 1995. Charcot cambia la comprensión de la memoria: se halla menos en un centro localizable del cerebro en tanto que no es un síntoma de trastorno de la personalidad. La hace pasar de la neurobiología a la psicología. Sobre Charcot y la génesis del inconsciente *vía* la histeria, véase M. Gauchet y G. Swain, *Le Vrai Charcot-Les chemins imprévus de l'inconscient*, seguido de dos ensayos de J. Gasser y A. Chevrier, Paris, Calmann-Lévy, 1997.

82 P. Janet, *Les Névroses*, Paris, Flammarion, 1909, p. 380. "Tiroir commode", p. 371. "La categoría de las neurosis, escribe Julien Rouart, había dejado de ser, con Pierre Janet, el revoltijo en el que se ponía todo aquello que no entraba en el cuadro de las enfermedades mentales bien caracterizadas", artículo citado, p. 463.

83 "Quizás, el comentario será bienvenido aquí, escribe Freud, dado que el sentimiento de culpabilidad no es en el fondo nada más que una variante tópica de la angustia, y que en sus fases ulteriores es absolutamente idéntica a *la angustia ante el Superyó*". *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 10ª Edición, 1986, p. 94-95. "Se oculta detrás de todos los síntomas", agrega, p. 95. "He tratado de demostrar que [la angustia] aparece entre los individuos deprimidos, incapaces de ejecutar correctamente ciertos fenómenos psicológicos de alta tensión", *Les Médications psychologiques*, Paris, Félix Alcan, tomo II, 1919, reeditado por la sociedad Pierre Janet , 1986, p. 242.

84 S. Freud, *Malaise dans la civilisation*, *op. cit.*, p. 93.

interés que manifestaba hacia la psicología, nunca expuso una concepción del hombre.

Depresión y desdoblamiento de la personalidad de un enfermo

Según Janet, una neurosis es una enfermedad de las funciones, no de los órganos, más exactamente, de la parte superior de las funciones,[85] "su adaptación a las circunstancias presentes".[86] "La mayor parte de los neurópatas son los deprimidos, los agotados, o los que lo han estado al comienzo de su enfermedad: sus trastornos mentales encuentran su origen en esta misma depresión."[87] La depresión, o su equivalente, el agotamiento, es para Janet el vector de los trastornos de la personalidad –la histeria– y de los trastornos de la voluntad que denomina "psicasténicos".

Su teoría de la histeria rompe con la concepción de Charcot. Demuestra que el teatro corporal de la histeria es secundario en relación con los "síntomas morales". El principal es un debilitamiento de la facultad de síntesis psicológica, una retracción del campo de la conciencia [...] La histeria es una forma de desagregación mental caracterizada por el desdoblamiento permanente y completo de la personalidad".[88] La retracción del campo de la conciencia tiene por consecuencia su desdoblamiento. La histeria es una enfermedad de la personalidad en el sentido de que las funciones no llegan a reunirse en la conciencia personal . Es el famoso "clivaje de conciencia": las dos personalidades constituyen de alguna forma dos personas que no se conocen. El histérico no recuerda su otra personalidad.

De la neurastenia, Janet escribe que "estos enfermos que tenían trastornos viscerales eran al mismo tiempo obsesivos, fóbicos, maniáticos, vacilantes, y yo me permito resumir los trastornos por un vocablo casi igual, el vocablo psicastenia [...] La debilidad no alcanza a los nervios, alcanza al espíritu. Ya no se trata de una cuestión médica o fisiológica".[89] Janet aísla, en la multitud de los trastornos funcionales, los fenómenos de astenia, de los cuales señala su origen en el "delirio emotivo" de Morel (1866) –emotivo en oposición a intelectual. De allí resulta una emoción particular que es el síntoma mismo de la psicastenia: la obsesión. Este síntoma se caracteriza por la indecisión y las dudas. Es un trastorno de la función de lo real. La obsesión engendra la fatiga patológica "en razón de psicolepsis, de la caída de la tensión psicológica".[90]

85 Véase "Les névroses, maladies de l'évolution des fonctions", en *Les Névroses, op. cit.*, pp. 383-394.

86 *Ibid.*, p. 386.

87 P. Janet, *Les Médications psychologiques*, tomo II, *op. cit.*, p. 303.

88 P. Janet , "Quelques définitions de l'hystérie", *Archives de neurologie* 25, 1893, p. 28 *sq.*, citado por O. Anderson, *Freud avant Freud*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998 (edición original en sueco, 1962), p. 173.

89 *La Force et la faiblesse psychologiques*, *op. cit.*, p. 13. Janet hace referencia a su libro *Les Obsessions et la psychasthénie*, 1903.

90 *Les Névroses, op. cit.*, p. 365.

Janet tiene una concepción estática de la energía psíquica: llama "fuerza psicológica" a la cantidad de energía que una persona posee y "tensión psicológica" a la capacidad de utilizar esta fuerza –de allí la centralidad del tema de la fatiga. En la psicastenia, la "síntesis psíquica" está desarreglada, y el enfermo se encuentra internado en su automatismo. Es *la insuficiencia psíquica* lo que impide la síntesis.

La terapia consiste, por medio de la hipnosis o de otros medicamentos psicológicos, en aumentar la fuerza y la tensión psicológicas, en arreglar "el problema de la administración económica de las fuerzas del espíritu".[91] La hipnosis, por ejemplo, permite actuar directamente sobre el inconsciente para curar la personalidad debilitada, reparándola y conduciéndola nuevamente a la acción: la terapia permite terminar con la fatiga psicológica. Es ésta la curación, según Janet, que concluye así sus *Médications psycologiques:* "Es probable que un día se pueda establecer el balance y el presupuesto de un espíritu, como se establece para las casas comerciales. En ese momento, la medicina psiquiátrica será capaz de utilizar bien los débiles recursos, evitando los gastos inútiles y dirigiendo los esfuerzos exactamente hacia el punto necesario; será lo mejor: será posible aprender de sus enfermedades, aumentar sus recursos, enriquecer el espíritu."[92]

Janet ve la relación médico-enfermo en un vínculo donde el primero es el elemento activo y el segundo el pasivo: el médico es el mecánico que repara el motor psíquico abismado del enfermo –un paciente, en el sentido propio del término. La terapia consiste en una "desinfección mental".[93] Su "habilidad terapéutica consiste en dar informaciones liberadoras pero falsas [...] Es necesario reinstalar [al sujeto] en el estado de espíritu en que se encontraba cuando el acontecimiento y volver a referirlo en una versión arreglada para hacer desaparecer los aspectos nocivos e insoportables".[94] La hipnosis es una franca dirección de conciencia: pretende hacer desaparecer de la memoria el recuerdo del acontecimiento que causó la enfermedad. Nos encontramos aquí una problemática que podemos definir de la siguiente manera: la enfermedad es quizás un trastorno de la personalidad, pero la terapia no encara un sujeto de la enfermedad, repara una falla del espíritu, es decir, una patología que no es portadora de una verdad para el enfermo, verdad que sería precisamente la de un sujeto. Janet, por muy psicoterapista que sea, adopta un modelo de tipo animal: devuelve a la acción un espíritu agotado por sus derroches psíquicos, desinfectando su espíritu de todo lo que pueda perjudicarlo,

91 P. Janet, *Les Médications psychologiques*, *op. cit.*, tomo III, p. 469.

92 *Ibid.*, pp. 469-470.

93 *Ibid.*, tomo II, p. 215.

94 J. Maître, *Une inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet,* prefacio de G. Lantérie-Laura, Paris, Anthropos, 1993, p. 140. Maître agrega este comentario de lo más pertinente: "Esta estratagema es esencial en Janet, lo que constituye una de sus oposiciones más netas entre su sistema y el abordaje psicoanalítico", p. 140. Incorpora además la oposición entre déficit y conflicto, p. 142. Véase también Crabtree, *op. cit.*, cap. 15. Sobre el modelo del agotamiento en la neurastenia, la depresión y la melancolía, véase el trabajo muy documentado de M.-C. Lambotte, *op. cit* , cap. I.

haciéndolo olvidar, de alguna manera, su propia historia. La hipnosis janetiana es una técnica del olvido. Su modelo de enfermedad es *deficitario*, y su modelo terapéutico *reparador*.

Represión y conflicto en la personalidad de un sujeto

Para Freud y para Breuer, el histérico, como se sabe, no sufre de desdoblamiento, sino de reminiscencia.[95] La clave de su sufrimiento reside en el pasado infantil. La predisposición debe ser investigada "en un excedente más que en un déficit. Los adolescentes que se vuelven histéricos se muestran generalmente, antes de caer enfermos, llenos de vivacidad, dotados, muy interesados por las cosas intelectuales; a menudo se destacan por su voluntad."[96] El clivaje de la conciencia y el desdoblamiento de la personalidad son reemplazados por un conflicto reprimido. Es sobre esto que Freud funda su modelo de enfermedad. Para demostrarlo, volvamos a la neurastenia.

Freud objeta un argumento a los que atribuyen su causa a la presión social o al *surmenage:* "Jamás alguna persona, escribió en 1898, se volvió neurótica solamente a causa del trabajo o el agotamiento nervioso".[97] Más aún, la etiología de esta neurosis no reside en una nueva permisividad, como piensan neurólogos y alienistas, porque "nuestra civilización se ha construido sobre la represión de las pulsiones".[98] Freud introduce entonces una distinción entre dos tipos de neurosis. En las neurosis que llama "tóxicas", los síntomas "se comportan exactamente de la misma manera que los fenómenos que acompañan un exceso o una privación de ciertos venenos nerviosos. Estas neurosis –que son reunidas más a menudo bajo el nombre de neurastenia– pueden ser producidas, sin exigir el concurso de una afección hereditaria, por ciertas influencias nocivas de la vida sexual".[99] En el segundo tipo de neurosis, las psiconeurosis de defensa, "la influencia hereditaria es más importante, lo que las provoca es menos transparente. Pero un procedimiento de indagación, conocido bajo el nombre de psicoanálisis, ha permitido reconocer que los síntomas de estos trastornos (histeria, neurosis obsesiva) son *psicógenos* [subrayado de Freud] y dependen de la actividad de complejos de representación reprimidos". Es éste el desplazamiento esencial, y bien conocido, del tema hereditario a la filiación que expresa la noción de psicógeno. Esencial, porque distingue lo exógeno de lo psicógeno: uno de los grandes aportes de Freud es

95 Según la célebre forma de la comunicación preliminar: "Es la reminiscencia lo que sufre el histérico", J. Breuer y S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1985 (1ª ed., 1895), p. 5. Breuer discute a Janet, p. 185 *sq.*

96 *Ibid.*, p. 194. El punto de vista "económico" de Freud se piensa, como se sabe, en términos de exceso de energía. El conflicto resulta del enfrentamiento de fuerzas opuestas, del cual la enfermedad neurótica es la peor solución, y la sublimación la mejor.

97 S. Freud, "La sexualité dans l'étiologie des névroses", 1898, reimpreso en *Résultats, ideés, problèmes*, Paris, PUF, 1984, p.84.

98 S. Freud, artículo citado (1908), p. 33.

99 *Ibid.*, p. 35.

demostrar que existe lo endógeno psíquico. Esencial todavía en un segundo nivel: al distinguir la categoría de las psiconeurosis del resto de las neurosis, inventa una enfermedad del conflicto.

Jean Starobinsky ha descripto los lugares respectivos de lo interior y de lo exterior: "Mientras que el traumatismo afecta al sujeto desde "fuera", la abreacción es, de por sí, un movimiento que parte del "interior"[...] Así, la pareja "traumatismo-abreacción" constituye como tal una dupla de nociones simétricas, inversas, correlativas."[100] Las neurosis tendrían un motivo exógeno que activa el alineamiento fuera-traumatismo. Freud llama "psiconeurosis de defensa" a aquellas que activan el alineamiento dentro-abreacción. "Psiconeurosis", pues resultan de una represión inconsciente debida a un conflicto intrapsíquico que se desarrolla en su filiación. "De defensa", pues esta represión produce síntomas (amnesia, parálisis, etc.) que permiten al enfermo defenderse contra la angustia y la culpabilidad producidas por el conflicto intrapsíquico –pues son ellas las que importan, y no la fatiga.

Freud definió la curación de la manera siguiente: "Por cierto, está fuera de duda que sería más fácil al destino que a mí mismo aliviaros de vuestros males, pero también podría ocurrir que os convenciérais de una cosa, que hallaréis como una gran ventaja, en caso de lograrlo, y es transformar vuestra miseria histérica en desdicha banal. Con un psiquismo recuperado en salud, seréis capaz de luchar contra esto último."[101] La curación no es un retorno al estado anterior (reparación de una falla por compensación de un déficit) sino lo que los psicoanalistas llaman "un reajuste" que hace más vívido el cara a cara con uno mismo: no deja abolida, tarea imposible, la miseria que viene de dentro, no es un retorno al estado anterior, de antes de la enfermedad, sino la recomposición, o más exactamente, "un compromiso de tolerancia recíproca entre lo sano y lo enfermo en el paciente".[102] Una enfermedad de una nueva especie aparecía en escena, en el sentido de que la atención se dirige sobre *un sujeto de la enfermedad.*

El sujeto de la neurosis o la angustia de ser uno mismo

Allí donde Janet ve automatismos mentales, lo que se podría denominar un *a-cogito* en la medida en que se trata de una debilidad, de una insuficiencia que es necesario compensar desinfectando el espíritu de sus recuerdos parasitarios y aumentar así sus fuerzas, Freud ve un *contra*-cogito: su inconsciente es intencional,[103] no supone un modelo de automatismo. En

100 J. Starobinsky, "Le mot réaction. De la physique a la psychiatrie", artículo citado, p. 27.

101 J. Breuer y S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1985 (1ª Edición, 1895), p. 247. Es la última frase de la obra.

102 "La curación se revela, bastante a menudo, como un compromiso de tolerancia recíproca en el paciente entre el sano y el enfermo", "La sexualité dans l'étiologie des névroses", artículo citado, p. 96.

103 Vicent Descombes demuestra que el sustantivo "el inconsciente" empleado por Freud es en realidad "una ampliación genial del sentido adverbial" ("L'inconscient adverbial", *Critique*,

efecto, no hay ninguna debilidad en la neurosis, sino una voluntad inconsciente que la cura tiene como objeto hacer aparecer a la conciencia. "Por mi trabajo psíquico, escribe Freud, debo vencer en la enfermedad una fuerza psíquica [y una insuficiencia] que se opone a la toma de conciencia (al regreso del recuerdo) de las representaciones patógenas."[104] Sustituyendo la intención al automatismo en la definición del inconsciente, Freud extiende la esfera del sujeto a un nivel más profundo de la animalidad. Esto le permite decir: hay un sujeto del inconsciente. Los efectos de esta innovación se hacen sentir todavía hoy.

Freud dirige su atención al sujeto de la enfermedad, en el sentido de que la enfermedad es a la vez el agente y el paciente de un conflicto que se manifiesta por sus síntomas. Es ésta la causa de la enfermedad, y no el agotamiento, es él quien debe resolverlo, pues la enfermedad tiene en él su (mala) solución. Este sujeto lleva en sí, por definición, el sentido de la ley, pero la ley que está en él no le permite contemplar el cielo estrellado por sobre su cabeza con ojos serenos: su jaula de hierro se llama "la división de sí mismo". El síntoma, para Freud, no es un signo médico, es un trazo mnésico, producido por la represión, lo cual significa que éste debe ser comprendido por un lugar referido a la historia del paciente –y este lugar el que le otorga su sentido.[105] El enfermo no está fatigado por sus automatismos, está angustiado y se defiende de su angustia por medio de síntomas menos costosos. Es un sujeto, también, en el sentido que sugiere la célebre fórmula citada, transformar la miseria neurótica en una desdicha banal: curarse es liberarse de los fantasmas infantiles a la vista de los padres. A partir de ese momento, puede igualmente liberarse de su terapeuta: le es posible, teóricamente al menos, vivir por sí mismo.[106] Ha encontrado su lugar y puede hacer su camino.

n° 449, octubre de 1984). El sustantivo "inconsciente" es equivalente a: lo hecho inconscientemente. La ampliación genial tiende a que se pueda pensar entonces en un inconsciente que *quiere* algo. Lo señala por medio de mensajes (los síntomas). El inconsciente es intencional en este sentido. Por eso no podría hablarse de un inconsciente pensado como automatismo o desagregación.

104 *Études sur l'hystérie*, *op. cit.*, p. 216. La frase está enteramente subrayada en el texto.

105 Después de haber recordado que el punto de partida de una neurosis es "la depresión en sí misma", Janet arriba aquí "al problema esencial" en esta crítica de Freud: "Hay más posibilidades para que un síntoma sea determinado por las leyes de la enfermedad que por las reminiscencias accidentales. No hace falta, entonces, otorgar a los síntomas una interpretación histórica más que cuando la observación clínica lo hace indispensable", *Les Médications psychologiques*, tomo II, *op. cit.*, pp. 262-263.

106 Jacqueline Carroy cita un extracto de un artículo de Freud de 1890 titulado "Traitement psychique": "El rasgo más significativo, y para nosotros más importante, reside en la actitud del hipnotizado frente a su hipnotizador. [...] Se encuentra *despierto* [solamente] para la persona que lo ha sumergido en la hipnosis, no entiende ni ve otra cosa, a ella le comprende y le responde. Este fenómeno, que en las hipnosis se llama *rapport*, encuentra su antecedente en la forma de dormir de ciertas personas, por ejemplo la madre que alimenta a su hijo. Es a tal punto impresionante que debería llevarnos a la comprensión de la relación entre el hipnotizado y el hipnotizador", *op. cit.*, p. 227 (subrayados por Freud). H. Ellenberger describe la teoría de la influencia sonámbula en Janet: si conocía bien los sentimientos de amor que sus enfermos desarrollaban hacia su terapeuta, hacia él, "el factor esencial, para el paciente, es que sigue necesitando de dirección. De estas observaciones derivan dos resultados terapéuticos: en primer lugar, el terapeuta debe ejercer un dominio total sobre el espíritu del paciente; a partir de ello, debe aprender a vivir y a actuar sin él, espaciando gradualmente las sesiones", *op. cit.*, p. 187. Dependencia de la madre, dependencia del hipnotizador, es precisamente de esto de lo que hay que liberarse.

Conflicto-historia-separación, déficit-ahistoricidad-reparación: he aquí dos maneras de encarar la patología mental y tratarla. Todavía hoy son las dos grandes referencias del arte terapéutico.

Pero ¿por qué es una tarea imposible desembarazarse de la miseria interior? Freud responde a esto de varias maneras. "La experiencia nos enseña que para la mayor parte de las personas existe una frontera fuera de la cual su constitución no puede seguir las exigencias de la civilización. Todos los que quieren ser más nobles de lo que les permite su constitución sucumben a la neurosis, si les queda una posibilidad de ser más malos, les resultará mejor encontrarla."[107] La neurosis es una enfermedad –una entidad médica– pero es también el resorte de la civilización –una entidad moral–, el motor extraño de la energía de los modernos, la nobleza de su fuerza vital. ¿Acaso Breuer no ha señalado la vivacidad, la curiosidad y la inteligencia de los histéricos? Viene a ser aquí el precio corporal. Es también una experiencia de la cual hemos aprendido algo. También Durkheim la había comprendido a su manera: "Sin duda, la neurastenia está casi inevitablemente consagrada al sufrimiento [...] [Pero] es, por excelencia, el *instrumento del progreso*. Precisamente, porque es refractaria a la tradición y al yugo del hábito, es una fuente eminentemente fecunda de innovaciones [...] Es en el momento en que los neurasténicos son más numerosos que tienen también más razones para serlo."[108] La neurastenia para Durkheim, la psiconeurosis para Freud son a la vez las fallas y las condiciones de la civilización. Para Janet, una neurosis es una falla patológica de la conducta causada por una "depresión psicológica que disminuye la fuerza o la tensión de la actividad mental".[109]

Freud no ha inventado ni el inconsciente[110] ni la neurosis, en ellos ha descubierto el sujeto.

El debate entre Janet y Freud sobre la persona psíquicamente enferma no es de ninguna manera de naturaleza moral. La controversia se dirige al

107 "La moral sexual civilizada", p. 36. *Malaise dans la civilisation* (1929) desarrolla extensamente este tema.

108 É. Durkheim, *op. cit.* p. 44-45. Subrayado por mí.

109 P. Janet, *Médications psychologiques*, tomo I, p. 5. Las cosas se esclarecen, entonces, desde las primeras líneas de esta obra de 1100 páginas. Janet discute a Freud en el segundo tomo.

110 "A todo lo largo del siglo [XIX], escribe Alain Corbin, los especialistas siguieron convencidos de la extrema influencia de un inconsciente, percibido como "el rumor oscuro de las funciones viscerales, del cual emergen, intermitentemente, los actos de la conciencia" (Jean Starobinsky). [...] El genio de Freud no consistirá en absoluto en descubrir que extensas zonas del sujeto escapan a la conciencia y contribuyen a determinar la actividad mental, sino en quitar a la vida orgánica el monopolio de la inconciencia para instalarlo en el propio aparato psíquico", *op. cit.*, p. 439.

diagnóstico, la etiología y la terapéutica. Sin embargo, Freud ha suministrado una imagen ideal del sujeto, pues ha integrado la enseñanza de la fisiología y de la neurología del siglo XIX, a saber, que los hombres somos mamíferos hechos de pulsiones y de instintos, a la ley moral. El individuo se vigila a sí mismo "por medio de una instancia en sí mismo [el Superyó], al igual que una especie de guarnición instalada en una ciudad conquistada".[111] Esta imagen es hasta tal punto ideal que justamente casi no se ocupa de la moral. El psicoanálisis francés le rendirá sus honores: de Angelo Hesnard (1886-1969), el primer psiquiatra que consagró un libro a Freud en 1913, a Jacques Lacan, la neurosis es una enfermedad de culpabilidad,[112] esta "expresión inmediata del miedo ante la autoridad exterior",[113] como dijo el propio Freud. Lacan erigirá la culpabilidad a la cúspide de su sistema a través de "la angustia de la castración". Para dejar de ser niño y convertirse en adulto, no hay otra elección que enfrentarse a lo prohibido, que probar la ruptura a fin de diferenciar el padre imaginario (que el niño cree todopoderoso mientras que él mismo no es nada) y el padre encarnación de la ley. Convertirse en adulto equivale entonces a *la angustia de convertirse en uno mismo*. El sujeto que nos lega el fin del sigloXIX es el resultado del matrimonio entre la animalidad y la culpabilidad.

Entre Janet y Freud se vuelve a encontrar la tensión animal/humano que no recorta más que en alguna manera la oposición entre psicoterapia y quimioterapia. Esta tensión atraviesa las terapias psicológicas, como se acaba de ver, como lo hará con las terapias químicas, como se verá. El trastorno funcional de la personalidad se distribuye entre dos líneas de fuerza. En principio, la exógena, la resonancia interna de un impacto externo: ésta abisma a la persona que necesita ser reparada mediante una psicoterapia, y más tarde, mediante una quimioterapia: la cura es, pues, *un arte de reparar* –estamos en la lógica cerrada de la enfermedad, médica en sentido propio. A continuación, la psicogénesis, el descubrimiento de una división de uno mismo que es la clave de acceso a uno mismo: la cura es aquí un *arte de separar* –estamos aquí en una lógica abierta de la enfermedad. En la lógica reparadora no hay nada que aprender de la enfermedad, porque no hay en ella ni sujeto ni experiencia, solamente un mal que provoca una enfermedad, y poco importa la causa, impacto o lesión o, según la psiquiatría biológica de nuestros días, dificultad de transmisión neuroquímica. En la lógica reparadora, se vuelve a encontrar una vieja lección de la melancolía de que el remedio está en el mismo mal: "Cuando se encara la presencia del mal y la búsqueda correlativa del remedio, escribe Starobinsky, es porque las energías de la vida están próximas a agotarse. Esta serenidad, esta paz, esta aparente curación, son los signos anunciadores de la muerte."[114]

111 *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 80.
112 Se volverá sobre este tema en el capítulo VII.
113 S. Freud, *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, p. 96.
114 J. Starobinsky, "Le remède dans le mal", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, nº 17, 1978, p. 274. En esta ocasión está consagrada a "La idea de curación".

Cuando la depresión se separe netamente de la melancolía, después de la Segunda Guerra Mundial, sus peripecias se desarrollarán entre estas dos versiones de la pesada tarea de comportarse bien: *la angustia*, que me indica que franqueo una interdicción y me divido, ya sea en una patología de la culpabilidad o en una enfermedad de conflicto; *la fatiga*, que me agota, me vacía y me vuelve incapaz de actuar, ya sea una patología de la responsabilidad o una enfermedad de la insuficiencia.

Estas dos versiones acompañan la emergencia de otra era de la persona que, si es evidente que ya no se trata del sujeto pleno del siglo XVIII, ya no es tampoco el sujeto dividido de finales del siglo XIX: el individuo emancipado. Liberarse provoca nerviosismo, ser libre deprime. La angustia de ser uno mismo se disimula detrás de la fatiga de ser uno mismo.

A comienzos del siglo XIX, el alienismo se concentraba sobre la (sin)razón; en los años de la década de 1830 se comienza a pensar que pueden existir actos involuntarios sin delirio y a percibir el sufrimiento del alienado. A fines del siglo XIX, la psiquiatría está enteramente reorganizada sobre la cuestión del sufrimiento: la depresión es el vector principal de esta reorganización. En el origen, la cuestión de la representación (delirante) con la locura; hoy, la cuestión del afecto (sufriente) con la depresión. Entre ambos momentos, la gran cultura de los nervios retornando del sigloXX, ¿cómo resistir a la fatiga, ya sea que venga de la vida moderna o de la insuficiencia emotiva constitucional? ¿Cómo superar la culpabilidad, que proviene del interior de cada uno, y la inscripción del sujeto en la historia de una filiación, para liberarse de la tradición? A través de una triple dinámica de biologización, de psicologización y de socialización del espíritu, los especialistas han creado un lenguaje, usos y hábitos para sus clientelas ampliadas que les permiten definir y expresar inquietudes que las patologías de los asilos, las del hombre anormal, no permitían decir. Ahora bien, lo que se puede decir, puede existir. Precisamente, es el caso de las patologías del hombre normal. Si el fin del siglo XIX inaugura "la crisis crónica de la identidad"[115] lo hace solamente para la burguesía. Los sectores populares entrarán en ella en el curso de la segunda mitad del siglo XIX, con la socialización de la depresión. Ésta diseñará el horizonte trágico de lo normal cuando la noción de lo prohibido aparezca como un instrumento de dominación. Se convertirá entonces, como la neurastenia para Déjerine, en "una encrucijada de la cual pueden salir todas las enfermedades posibles".[116]

115 J. Le Rider, *op. cit.*, p. 13.
116 Fórmula que Janet atribuye a Jules-Joseph Déjerine, *La Force y la faiblesse psychologiques, op. cit.* p. 12.

Capítulo II

ELECTROSHOCK: TÉCNICA, HUMOR Y DEPRESIÓN

"Podemos encontrar a nuestro alrededor, escribe Janet en 1932, muchos individuos debilitados que no se encuentran en un nivel normal y a los que, sin embargo, se los trata poco a poco como a individuos normales." Janet subraya sin duda la ausencia de atención social y médica para estos anormales aparentemente normales. Y agrega: "Si no me equivoco, el análisis de esta debilidad, y de su remedio cuando exista, será más delante de gran importancia."[1] Seis años más tarde, Freud menciona posibles sustancias químicas: "Puede suceder, escribe en su último libro, que en el futuro aprendamos a actuar directamente, con la ayuda de ciertas sustancias químicas, sobre las cantidades de energía y su distribución en el aparato psíquico. Quizá descubriremos otras posibilidades terapéuticas todavía insospechadas. Por el momento, sin embargo, no disponemos más que de la técnica psicoanalítica, por lo cual, a despecho de todas sus limitaciones, no conviene menospreciarla en absoluto."[2]

Freud ensaya dos hipótesis sobre los modos de acción de esas sustancias: como las psicoterapias, repartirían mejor las cantidades de energía en "el aparato psíquico", y el Yo estaría de este modo más libre en sus movimientos. El conflicto es económicamente costoso para el enfermo neurótico, actúa negativamente sobre su energía. Este último puede interpretarse tanto en referencia a un déficit (a colmar) como a un conflicto psíquico (a resolver). Según se haya privilegiado uno u otro modelo, el sentido dado al medicamento y el lugar que se le atribuye en la asunción de una patología no son los mismos. En el primer caso, el psiquiatra pensará que la acción medicamentosa es eficaz en una amplia gama de manifestaciones patológicas; en el segundo, que no se trata más que de condiciones precisas respecto de patologías bien definidas. La cuestión de la especificidad del medicamento es el nudo de las discusiones

1 P. Janet, *La Force et la faiblesse psychologiques*, *op. cit.*, p. 269.
2 S. Freud, *Abrégé de psichanalyse*, Paris, PUF, 1949, 1985, p. 51.

más decisivas a partir de la entrada en escena de terapéuticas biológicas luego de la Primera Guerra Mundial. Estas discusiones continúan hasta el *Prozac.*

Estas terapéuticas entrañan mejoras durables en los aspectos emocionales de las enfermedades mentales: los síndromes afectivos ceden en un número de casos no despreciable. Explicar estas mejoras y sus límites, volver a pensar eventualmente categorías clínicas en vigor y modificarlas para, un día, quizá, curar las enfermedades mentales, he aquí una inmensa cantera que se abre. El antiguo dolor moral, ese sentimiento de impotencia que es toda la melancolía, como lo piensa Séglas, va a suscitar inmensas reflexiones sobre la noción de *humor:* en principio, en el dominio de las psicosis, luego en el de las neurosis. A mediados del siglo XIX, para hablar de los afectos, Griesinger empleaba los vocablos: "sentimiento de sí mismo y del humor",[3] y Freud los define en varias citas como "sentimientos del Yo", aunque no sabe, como precisa en 1926, "qué es un afecto".[4]

En lo que se refiere al psicoanálisis o al organicismo, el afecto es siempre algo más corporal, más animal que la razón. Se trata a la vez de algo más antiguo en la historia de la especie y más inconsciente en todos los sentidos posibles, revela funciones inferiores del hombre, las cuales se poseen en común con otros mamíferos. Pertenece a la condición de lo viviente. Además, los síntomas afectivos vuelven a encontrarse en la mayoría de las patologías mentales, tanto entre las psiconeurosis de defensa como en las esquizofrenias.

Pronto, la psiquiatría calificará a estos síntomas como "trastornos del humor". Que este tipo de trastornos sean tratables biológicamente ¿permite hacer de ellos una patología del mismo grupo de las neurosis? Situar el humor constituye el eje de la reflexión psiquiátrica. Para aclarar el lugar de la técnica en las nuevas combinaciones de las categorías y en las redefiniciones de las patologías, abordaré los debates etiológicos, diagnósticos y terapéuticos que acompañaron el uso del electroshock.

Su invención en 1938 por Ugo Cerletti y su asistente Lucio Bini desempeñó un papel catalizador en las primeras controversias que han contribuido a diseñar el mapa de los estados depresivos. En 1954, durante un coloquio sobre los estados depresivos, un orador declaró: "Si todo psiquiatra debe a Freud el poder analizar la personalidad de sus enfermos, no debe olvidar jamás que es a Cerletti a quien, casi siempre, deben los enfermos la rápida curación de sus crisis".[5] Al situarse entre Freud y Janet, Cerletti inaugura la fase técnica de una historia donde se anudan las relaciones entre el hombre culpable y el hombre insuficiente. El sujeto enfermo se elabora a través de una cuestión de diagnóstico: ¿a qué patología subyacente debe ser atribuido el síndrome depresivo? Su respuesta supone centrarse en la etiología y la patología, en los motivos de la enfermedad y en sus mecanismos.

3 Citado por G. Lantéri-Laura, "Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie", en R. Tevissen, *op. cit.*, p. 15.

4 S. Freud *Inhibition, symptôme, angoisse* (primera edición, 1926), Paris, PUF, 1995, 2ª edición, reedición colección "Quadrige", 1995, p. 45.

5 J. Laboucaire, "Discussion", *L'Évolution psychiatrique*, nº 3, 1955, *op. cit.*, p. 571.

Desde el fin del período de entreguerras hasta los comienzos de la década de 1950, dos rasgos caracterizan la situación de los "estados depresivos". El primero es el mantenimiento de la percepción del sufrimiento psíquico en la medicina de ciudad: se formulan de modo manifiesto múltiples quejas, pero éstas no son tomadas en cuenta por los médicos generalistas –al menos, si ha de creerse a los psiquiatras. El segundo rasgo es psiquiátrico: el problema consiste ahora en saber cuál es el papel y el lugar del afecto en las depresiones no melancólicas. Se hace necesario elegir una estrategia terapéutica: ¿se pueden tratar estas depresiones con electroshock? Éste es el debate clave. Su apuesta es la reunión de elementos heterogéneos que *definan un sujeto afectivamente enfermo.*

Medicina general: enfermedades imaginarias e impotencia terapéutica

La espectacular enfermedad demoníaca ha sido arrebatada tanto a los sacerdotes como a los ginecólogos para entrar en el campo de los neurólogos y de los alienistas: la fatiga silenciosa o quejumbrosa de los nerviosos contribuye a dejar salir la ausencia de voluntad, la pereza o la desobediencia de la moral y de la filosofía. Un inmenso territorio del sufrimiento humano se hace visible a través del descentramiento de la conciencia y de la fragmentación del Yo que designa el término neurosis.

Sin embargo, en el curso de las dos primeras décadas del siglo XX, la neurastenia deja de ser objeto de la movilización de los hombres de letras, de los intelectuales y de la prensa –otro tanto ocurre con la histeria.[6] Los trabajos publicados en el curso del período de entreguerras y durante los años 1940 subrayan, sin más precisiones, la importancia cuantitativa de los trastornos de tipo psiquiátrico sin delirio en la medicina general. "El problema de los estados depresivos, escribe un psiquiatra en 1938, se plantea frecuentemente tanto en la práctica de la medicina general como en el ejercicio de la psiquiatría especializada."[7] En la mayor parte de estos casos se trata de quejas o de obsesión; la duda y la fatiga predominan. Cuando la fatiga resulta de un *surmenage,* se mantiene el término neurastenia.[8] Cuando es producto de obsesiones, se ve más bien una debilidad constitucional. Según la literatura psiquiátrica, los afectados parecen legión en la medicina general. Sin embargo, tres tipos de problemas parecen caracterizar sus estados e impedir a los médicos ponerse de acuerdo con respecto a una atención suficiente.

6 Sobre este punto, véanse en particular M.N. Evans, *Fits and Starts-A Genealogy of Hysteria in Modern France*, Ithaca and London, Cornell University Press, 1991, cap. 3 y M. Micale, *Approaching Hysteria-Disease and its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, p. 169 *sq.*

7 M. Montassut, *La Dépresion constitutionelle*, Paris, Masson, 1938. Todavía hoy se hace referencia a Montassut para definir "la personalidad depresiva", como P. Péron-Magnan y A. Galinowsky, en A. Féline, P. Hardy, M. de Bonis (dir.) *La Dépression. Études*, Paris, Masson, 1991, p. 104 *sq.*

8 M. de Fleury, *Les États dépressifs et la neurasthénie*, Paris, Félix Alcan, 1924.

¿Están verdaderamente enfermos?

El primer problema consiste en que los médicos tienen muchas dificultades en reconocerlos en el doble sentido del término: para emitir un diagnóstico, pero también para reconocerlos como reales. El diagnóstico es complicado, porque "no se trata de una de esas enfermedades, un poco demasiado teóricas, de patogenia unívoca, de sintomatología bien delimitada, de evolución rígida". Estos enfermos, fatigados por sus dudas y por sus obsesiones, deben cumplir "una suma de trabajo [...] sin descanso en la lucha y el esfuerzo".[9] Los pacientes no deliran, los médicos tienen tendencia a pensar que éstos "imaginan", incluso se miran un poco el ombligo. Si es necesario escucharlos con paciencia, a menudo conviene sacudirlos un poco. Histéricos, sonámbulos, dobles personalidades, amnésicos y otros espasmófilos ¿cuántos de entre todos ellos son enfermos imaginarios, simuladores incluso? Artículos y manuales de psiquiatría se esfuerzan por convencer a los médicos de la realidad de estos trastornos funcionales, pero ¿qué pueden hacer por estos perturbados sin fundamento orgánico en un período en el que no existe ninguna cultura general de la psicología que permita dar una realidad social a patologías mentales sin un franco desorden de comportamiento o de ideas? De allí esta pedagogía insistente: "Los alegatos neurasténicos son sinceros y reales".[10] En efecto, son necesarias las lesiones o los agentes patógenos para que los médicos se convenzan de la existencia de una enfermedad.

Abramos el *Traité de thérapeutique clinique* del prof. Paul Savy, publicado en 1948. La obra tiene el interés de dirigirse a los médicos generalistas y de ser indicador de lo que se decía en la época fuera del campo de la psiquiatría. Cuando introduce la parte consagrada a las enfermedades del encéfalo, Savy escribe en un bello arranque de optimismo: "Lo espiritual se ha materializado."[11] Sin embargo, su texto no parece indicar una mejor percepción de los problemas psicopatológicos que la de los generalistas. Por el contrario, constata la extrema frecuencia de los estados psicopáticos y la dificultad de su terapéutica".[12] Los médicos deben diferenciar estos "estados" de las enfermedades mentales, porque se trata de trastornos funcionales, en los que el agotamiento del sistema psíquico predomina aparentemente y las facultades de razonamiento y de juicio del paciente permanecen intactas. Los síntomas se ocultan bajo formas gástricas, cardíacas, musculares o genitales. Comprender al enfermo no es tomar a la ligera sus males, es admitir la realidad de un sufrimiento moral, es comenzar a ayudar al enfermo.[13] Además, es asegurar al paciente y a su familia que no se trata de demencia o de locura.

9 M. Montassut, *op. cit.*

10 M. Montassut, "La fatigue du neurasthénique", *L'Évolution psychiatrique*, nº 2, 1939, p. 69.

11 P. Savy, *Traité de thérapeutique clinique,* Paris, Masson, 1948, tomo II, p. 1996.

12 *Ibid.*, p. 2055.

13 "Es indispensable, escribe todavía Savy, que el sujeto tenga la certidumbre de que ha comprendido la realidad y la atrocidad de su enfermedad, y que no la atribuya a un puro efecto de la imaginación", *ibid.*, p. 2059 "Hay médicos, por otra parte conscientes e instruidos, a los

El carácter de un destino

Un segundo género de dificultades proviene de las representaciones de la constitución. El temperamento del enfermo o su carácter son datos que le dan pocas aptitudes para gozar de la vida. "Modificar una predisposición inexorable a la inestabilidad humoral o psicológica [...] es ilusorio para aquellos que creen en la irreductibilidad total de las constituciones, y que asignan a los comportamientos mórbidos la rigidez de una lesión histológica."[14] ¿Qué hacer contra la naturaleza? No gran cosa, aunque el análisis psicológico otorga los medios para examinar esas constituciones frágiles y reforzarlas. La medicina se deja impresionar por la roca de la naturaleza. Cuando el estado constitucional domina, les esperanzas de curación son débiles. Los médicos saben diagnosticar acertadamente las neurosis de angustia, en las cuales dominan las crisis de algunos minutos de duración, que hacen vivir a los enfermos en el permanente temor de su repetición. Si el diagnóstico es fácil, la terapia lo es mucho menos porque "el fondo de predisposición, que escapa en parte a la empresa médica, prima a menudo en la parte que revierte sobre las causas ocasionales sobre las cuales es más fácil actuar."[15] Cada vez más, los diagnósticos se vuelven difíciles de hacer: se sabe de enfermos que tienen accesos durante algunos meses, mientras que las recaídas son previsibles y las formas crónicas duran a veces una vida entera.[16] La psiquiatría es incapaz de proveer a los generalistas de los útiles que permitan responder a estos afectados.

Las medicaciones aleatorias

La tercera dificultad se relaciona con las medicaciones. En la medicina general, en el curso de los años de la década de 1930, se dispone de medicaciones demasiado aleatorias para tratar las patologías nerviosas: remineralización, terapias calcificadoras, tónicos como el té, el café, la quinina, incluso la estricnina, sedantes, como los barbitúricos, para la emotividad, opiáceos, cuyos efectos terapéuticos son a menudo muy discutidos, faradisación –una electroterapia sin relación con el electroshock– ejercicios psíquicos, etc. El tratamiento médico no puede reducirse a la prescripción exclusiva de drogas y de regímenes. La impresionabilidad, el sentimiento de impotencia, las tendencias obsesivas y los fracasos pragmá-

cuales les falta la comprensión del estado del espíritu del hombre enfermo, sobre todo cuando la enfermedad es más moral que física", p. 2067.

14 M. Montassut, "Le traitement physique de la dépression constitutionelle", *L'Évolution psychiatrique*, nº 1, 1937, pp. 71-72.

15 P. Savy, *op. cit.*, 2058.

16 "Nada es más variable que la evolución de los estados psicasténicos, escribe Savy, Pasajeros o interminables, curables, incurables o con recaídas [...] nada más difícil, sin embargo, que precisar, que adivinar, entre todas la evoluciones posibles, la que en tal o cual caso particular parece ser la más probable". *Ibid.*, p. 2061.

ticos, corolarios de la astenia y del espasmo, necesitan medicaciones morales. El tratamiento médico de la depresión constitucional exige una psicoterapia paciente y firme".[17]

Diez años más tarde, los medios curativos han evolucionado un poco: el "reposo moral y psíquico [tanto] como la actividad, las prescripciones calmantes tanto como las estimulantes."[18] Las curas termales son útiles, sobre todo a causa de la presencia permanente de un médico. El opio "ejerce una acción sedante innegable, pero los barbitúricos son más manejables". En el caso de las manifestaciones somáticas, un examen minucioso "está llamado a servir de base a una psicoterapia tranquilizadora."[19] Actitud de completa comprensión y dirección de la conciencia, la importancia de las anteriores medicaciones es reiterada a porfía: el enfermo no es un insensato, y su voluntad desfalleciente quizá sea reemplazada, aunque de modo más firme, por el médico: "El tratamiento medicamentoso no representa en sí un elemento esencial, fundamental, de la terapéutica de la psicastenia. Sin embargo, *a título adjunto de la psicoterapia*, y recelando de toda polifarmacia, puede ser útil prescribir quizás algunos tónicos [...], quizás algunos medicamentos sedantes generales para calmar el estado de agitación y de insomnio."[20] La medicación es, de todas maneras, de lo más ecléctica. Próxima a la invención del medicamento del espíritu, la farmacología no parece haber logrado mucho desde la invención de los barbitúricos hasta comienzos del siglo XX. El viejo opio todavía se recomienda, y las discusiones sobre sus propiedades sedantes o tónicas se perpetúan más allá del siglo.[21]

Ningún remedio tiene resultados probados, es decir, estables y reproducibles. Cuando un enfermo se cura, los médicos no saben si es necesario imputar la curación al efecto del tratamiento o a la evolución natural.[22] Ninguna regularidad en la acción medicamentosa permite estandarizar los procedimientos de cura.

Fuera de la locura, el sufrimiento psíquico permanece bajo un halo de oscuridad. Henri Ey lo anota en 1947: en "medicina general [...] el dominio de lo

17 M. Montassut, artículo citado, p. 95.

18 La cafeína, la benzedrina –una anfetamina sintetizada en 1931– la estricnina, la cola, etc. Véase P. Savy, *op. cit.*, p. 2005.

19 *Ibid.*, pp. 2059 y 2060.

20 *Ibid.*, p. 2064. El subrayado es mío.

21 "El verdadero debate sobre el opio, escribe la historiadora del dolor Roselyne Rey, se dirigía sobre todo hacia sus efectos reales: ¿era un sedante, un calmante o, por el contrario, un estimulante?", *op. cit.*, p. 149 "Concepciones médicas opuestas volvían a encontrarse en este terreno de la terapéutica, y esta medicna, que veía en la falta de estimulación la causa de las enfermedades, contribuía a propagar el opio", p. 151. Véase también sobre este punto la obra rica en información de S.-W. Jackson, *Melancholia and Depression. From Hippocratics to Modern Times*, New Haven and London, Yale University Press, 1986, p. 394.

22 Estas incertidumbres se repetirán con los antidepresivos en la medida en que la depresión se caracteriza por episodios que se terminan sin que se hayan comprendido necesariamente los motivos.

"psíquico" es expulsado a los límites del epifenómeno o a la nada".[23] La ausencia de un anclaje institucional permite dar una realidad médica a los trastornos funcionales, polarización sobre la constitución o el temperamento, eficacia aleatoria de la medicación y pronóstico delicado de estas patologías en sus síntomas polimorfos: estos elementos resumen la patología no delirante en medicina general. Pues, fuera de la locura, la intimidad es un asunto privado. Ningún contexto social puede acordar una atención a los pequeños y discretos desórdenes mentales.

Cuerpos dóciles, familias respetables, ambiciones modestas

Hasta cerca de los años sesenta, los desórdenes íntimos, incluidos los del espíritu, no son problemas públicos, a menos que sean peligrosos para la paz pública o para las buenas costumbres. La homosexualidad es una monstruosidad social (y una perversión para la clínica psiquiátrica y psicoanalítica), el amor libre y la libertad de costumbres un escándalo. *La Garçonne*, por ejemplo, publicada por Victor Margueritte en 1922, que narra la historia de una joven de la burguesía decidida a vivir libremente su sexualidad, suscita un enorme escándalo y un éxito comercial equivalente. "Novelas autobiográficas, diarios íntimos, recuerdos, confesiones [...] conocen, durante algunos años, un éxito extraordinario", escribe Michel Leiris en 1939.[24] La atención a su propia vida interior, en lo que se refiere a conductas sexuales o al autoanálisis de sentimientos, no es, por cierto, monopolio de la literatura, como lo testimonia, por ejemplo, la importancia del diario íntimo en todos los estratos de la burguesía,[25] pero la persona está presa en una configuración normativa del deber social y de la conformidad de las prohibiciones. Las instituciones (familia, escuela, empresa) no mantienen todo su poder, pero sí toda la autoridad sobre sus miembros: disciplina, obediencia, sumisión son los garantes del orden social. Los cuerpos deben ser dóciles,[26] las familias respetables y las ambiciones modestas. En una configuración semejante, uno se somete a la disciplina o se rebela contra ella, se observan las prohibiciones o se las transgrede y, en este caso, si no se oculta la transgresión, se cae en el escándalo.

La vida de las clases populares es un destino social –la fábrica o la tierra son sus únicos horizontes– mientras que la de la burguesía se organiza por reglas estrictas que le ofrecen otro destino. El gran sueño nacional[27] del período de

23 H. Ey, "Système nerveux et troubles nerveux", *L'Évolution psichyatrique*, nº 1, 1947, p. 97.

24 M. Leiris, *L'Âge d'homme*, Paris, Gallimard, 1939, p. 10.

25 A. Corbin y G. Vincent , en *op. cit.* y P. Lejeune, *Les Moi des demoiselles. Enquête sur le journal d'une jeune fille*, Paris, Seuil, 1993.

26 M. Foucault, *Surviller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975 [Hay traducción castellana, *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI]

27 Para todo este tema, véanse los volúmenes 12 y 13 de la *Nouvelle Histoire de la France contemporaine*, J. Becker y S. Bernstein , *Victoires et frustrations 1914-1929*, Paris, Seuil, 1990 y H. Dubief, *Le Déclin de la IIIᵉ République, 1929-1938*, Paris, Seuil, 1976; N. Mayer, "L'atelier

entreguerras es la propiedad: es la aspiración mayor de Francia que se piensa como una nación de propietarios. En el mundo campesino, la pequeña explotación familiar es la forma de organización dominante y, a pesar del mejoramiento de la suerte de los agricultores y de la elevación de su nivel de vida, el confort está ausente, y las habitaciones son muy a menudo cuchitriles. Por su parte, del lado de los obreros, las posibilidades de promoción social son inexistentes: aislamiento y relegación son las palabras maestras de su destino. El mundo burgués, a pesar de su heterogeneidad, está unido por una misma aspiración a la promoción social y a la conservación o al aumento de su patrimonio. Su modelo familiar, bajo la autoridad de un solo detentor de los derechos que es el padre de familia, se ofrece como referencia al conjunto de la sociedad.

Esta sociedad pertenece, por su destino y su deber, a la vida privada: la concepción de la relación individuo-sociedad consiste en proteger a la sociedad de los excesos o las desviaciones del individuo, manteniéndolo en un cuadro estricto: la relación es de oposición. En el interior de la persona, el enfrentamiento entre la instancia del Superyó y la del Yo crea, dice Freud, un "sentimiento de culpabilidad [que] se manifiesta bajo la «necesidad de punición»".[28] En lo exterior, las instituciones tienen por función mantener el orden y la autoridad, pero también conservar un equilibrio entre los derechos y los deberes de cada uno. La institución es el conjunto de los "medios de organización necesarias a un grupo para permitirle atender su objetivo [...] El individuo debe plegarse a las reglas que organizan la institución, pero preserva sus derechos de defensa contra ella si, eventualmente, ésta ejerce su autoridad sin relación directa con la realización de sus objetivos."[29] La individualidad no adquiere consistencia más que cuando se hace cargo de un exterior, no se le demandan capacidades de adaptación o de transformación personal, no se exige de ella ninguna motivación, solamente la de satisfacer un papel social definido en función de los fines de las instituciones a las cuales la persona se supone que adhiere. El "fenómeno burocrático", descripto por Michel Crozier, en una obra que provocó mucho ruido a comienzos de la década de 1960, se constituye aquí en caricatura. Pero ¿cómo este sistema de reglas habría podido aparecer repentinamente absurdo si la sociedad francesa no hubiese estado en tránsito de abandonar el mandato autoritario y de iniciar la gran transformación de sus costumbres?

La cultura política de esta sociedad se singulariza por el cara a cara individuo/Estado, la debilidad de los cuerpos intermediarios y una concepción activa de la ciudadanía. En la cultura política republicana, el ciudadano es el único auténtico individuo, porque se sustrae de toda dependencia privada. El ciudadano señala la esfera pública, que es el espacio de la igualdad y de la

et la boutique: deux filières de mobilité sociale", y J. F. Sirinelli, "Des boursiers conquérants? École et 'promotion republicaine' sous la III^e^ République", en S. Bernstein y O. Rudelle: *Le Modéle républicain*, Paris, PUF, 1992; S. Hoffmann, *Sur la France*, Paris, Seuil, 1976.

28 S. Freud, *Malaise dans la civilisation*, *op. cit.*, p. 80.

29 J. Donzelot, *L'invention du social*, Paris, Fayard, 1984, p. 98.

libertad; el individuo, la esfera privada, que es el espacio de la jerarquía y de la dependencia. La familia es la institución donde mejor se distingue lo privado de lo público, lo doméstico de lo político. La familia "encarna, como contrapunto de la ciudadanía, la parte de la condición humana que no es elegida, sino que debe ser recibida como una herencia. Es la que sostiene, en definitiva, el sentido mismo del contrato democrático, vinculando lo que no depende de la autonomía de las voluntades".[30] Lo doméstico es el lugar de la permanencia y de la sumisión.

En un contexto general en que la individualidad está prisionera de las disciplinas, de las prohibiciones y de las reglas estrictas de obediencia, la intimidad es, socialmente, un asunto privado, resguarda el secreto personal o el de las familias. Las familias burguesas, de las cuales Paul Mauriac ha sido uno de los más grandes retratistas, no ven expresarse jamás sus conflictos internos fuera del cuadro familiar, salvo en los casos de patologías mentales o asuntos judiciales. "El lecho conyugal, piensa Breuer, constituye para las mujeres el origen y la mayor parte de las neurosis graves."[31] Cuando lo íntimo se traduce en un sufrimiento o en un comportamiento anormal, el paciente va a manifestarlo, eventualmente, en el consultorio de un médico o en el confesionario de un sacerdote. En este contexto institucional y mental, no se puede pensar el desorden íntimo como una franca enfermedad. Así, las neurosis son en sí mismas, según Freud, las "enfermedades psíquicas manifiestamente más próximas a las psicosis".[32] La noción de malestar no puede dar un sentido propio a esta configuración.

El problema de los psiquiatras que se interesan en las patologías que acabamos de evocar es extender el dominio de lo patológico, es hacer reconocer a los otros especialistas médicos que las patologías mentales no delirantes deben ser tomadas en cuenta. Una gran parte de la psiquiatría es captada, a finales del siglo XIX, por la idea de que lo normal no es de una naturaleza diferente de lo patológico. La referencia a la noción de "enfermedad" comienza a ser contestada, y los cuadros más ligeros -sindrómicos- son sustituidos de esta forma.[33]

El itinerario que conduce al individuo soberano, al hombre "que puede

30 I. Théry, "Vie privée et monde commun-Reflexions sur l'enlisement gestionaire du droit", *Le Débat*, mayo-agosto de 1995, p. 142.

31 *Études sur l'hystérie*, *op. cit.*, p. 200. La frase es subrayada por Breuer. En el siglo XIX "la frecuencia de las pérdidas seminales involuntarias, respecto de las cuales [los médicos] no dejan de hablar, escribe A. Corbin, lleva a pensar que esta práctica, frustante para el sexo femenino, estaba por entonces muy extendida", *op. cit.*, p. 543.

32 S. Freud, *Abrégé de psychanalyse*, *op. cit.*, p. 43.

33 Henry Ey escribe en 1948: "La noción siempre más extendida de "síndrome" hace menos vivos los límites recíprocos de estas entidades. Los procesos descriptos se presentan con una gran abundancia de formas de tránsito o de especie. Los grandes grupos patológicos tanto en dermatología como en gastroenterología, tanto en cardiología como en neurología tienden a sustituir a las afecciones particulares", *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948, p. 27.

prometer y responder por sí mismo" supone un lento proceso de maduración. Implica, según Freud, la restricción de los cuerpos "por la moralidad de las costumbres y la camisola de la fuerza social".[34] Para que la ruptura entre lo normal y lo patológico se convierta en objeto de polémicas morales, será necesario que la noción de una individualidad disciplinada y conforme entre en crisis en provecho de otra normatividad que recomponga la situación de lo íntimo.[35] La declinación de una regulación por la disciplina y la tensión permitido-prohibido, por un lado, y el deslizamiento del problema normal-patológico hacia un plano moral, por otro, no son dos procesos separados. Se desarrollan en el mismo momento, tanto en el plano social como en el psiquiátrico.

En psiquiatría, este proceso implicó la invención de técnicas biológicas de curación. Su primera etapa es el descubrimiento de una técnica de tratamiento destinada en principio a las psicofrenias, pero que luego se reveló sobre todo eficaz para la melancolía: el electroshock. En los otros estados depresivos no se estableció ningún consenso respecto de su eficacia. La depresión comienza así la historia de sus avatares.

¿Curar, por fin?

A partir de una iniciativa de Henri Ey, en 1947, de crear una asociación internacional de psiquiatría, se organiza en París en 1950 el primer congreso mundial de psiquiatría.[36] Jean Delay (1907-1987), titular de la cátedra de clínica de las enfermedades mentales y del encéfalo en Sainte-Anne pronuncia –en lugar de Janet, muerto en 1947– la conferencia de apertura en el gran anfiteatro de la Sorbona: "Si la palabra curación, declara, tan grave para las esperanzas que hace nacer, nunca debe ser pronunciada si no es con reserva, tampoco nos estará prohibida en adelante. Es para tratar las enfermedades que hoy la medicina mental se propone esencialmente reunirse de este modo con el objeto de toda medicina. Los asilos se han convertido en hospitales y, de la misma manera que el congreso de 1900 se había situado bajo el signo de la Asistencia, parece que el congreso de 1950 puede por fin situarse bajo el signo de la *Terapéutica*."[37] La mayúscula y las cursivas son del propio Delay.

34 F. Nietszche, *op. cit.*, pp. 79 y 78.

35 Véase *infra*, segunda parte.

36 Ey será secretario de la Asociación Mundial de Psiquiatría hasta mediados de la década de 1960.

37 J. Delay, "Discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie", reedición en *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, PUF, 1956, p. 50. El congreso de 1900, que tuvo lugar en París durante la Exposición Universal de ese año, "estaba dominado por las preocupaciones de la asistencia" y marcado por el "fatalismo", p. 49. "Desconfiemos, declara en una ocasión Kraepelin, desconfiad vosotros, jóvenes médicos que me escucháis, el loco es peligroso, y lo seguirá siendo hasta su muerte que, por desgracia, sólo raramente llega con rapidez", citado sin referencia en la presentación de *La Folie maniaque-dépressive*, 1913, reedición de Paris, Jérôme Millon, 1993, "Présentation" de J. Postel y D.-F. Allen, Kraepelin, *op. cit.*, p. 12.

Las razones de un optimismo terapéutico

Retrospectivamente, el opmitismo de Delay parece sorprendente, y esto a causa de dos razones. En primer lugar, no es en absoluto evidente que los asilos se hayan convertido en hospitales en el sentido general del término. Muy por el contrario, la población internada está compuesta esencialmente por enfermos crónicos, ancianos afectados de demencia senil, de "excitados", que constituyen la plaga de los asilos, y de melancólicos, de los cuales el personal teme las tentativas de suicidio. La revista *Esprit* publica en 1952 un *dossier* cuyo título resume por sí mismo el estado del aparato psiquiátrico: "Miseria de la psiquiatría". Una concepción del orden público domina (con todos los abusos de la internación) en los asilos, que siguen siendo "el patrimonio de las clases populares".[38] Existe manifiestamente un contraste sobrecogedor entre lo que los psiquiatras describen de la vida cotidiana en los asilos[39] y el retrato modernista que traza Jean Delay al concluir la guerra.

Sin embargo, una atmósfera a la vez terapéutica y modernista se expande en el medio: "revolución psiquiátrica" es una fórmula que se encuentra en boca de numerosos psiquiatras. Administrativamente, la psiquiatría de los asilos pasa de la tutela del Ministerio del Interior a la del, flamante, Ministerio de Higiene, en los años de la década de 1920. Los asilos de alienados se convierten en hospitales psiquiátricos, los alienistas en psiquiatras, y los guardianes en enfermeros psiquiátricos por decreto de 1937, pero son necesarios más de veinte años para que, en 1958, el término "alienado" sea reemplazado por el de "enfermo mental".[40] Desenajenar a los locos es el gran tema movilizador de los psiquiatras de profesión.

Una segunda razón conduce a sorprenderse del optimismo de Delay. En el volumen del congreso consagrado a las terapéuticas biológicas, no aparecen otra cosa que métodos de shock inventados en el período de entreguerras. El primer neurolítico, que verá la luz en 1952, y cuyo éxito es tal que se le consagró un coloquio internacional en París en 1955, no es objeto aquí de ninguna alusión. La flaca terapéutica de la época es un tema recurrente de la literatura psiquiátrica cuando se dedica a narrar la historia de los medica-

38 M. Jaeger, *Le Désordre psychiatrique. Des politiques de santé mental en France*, Paris, Payot, 1981, p. 22. Jaeger precisa que, si hay una "revolución psiquiátrica", la misma es más para los médicos que para los enfermos (p. 117, *sq*). Sobre el ambiente terapéutico que reina en psiquiatría después de la guerra, véase el testimonio de J. Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, Ramon-ville Saint Agne, Éres, 1995. Para una evaluación del *aggiornamento* psiquiátrico y una explicación de las lógicas profesionales que lo acompañaron, véase R. Castel, *La Gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1981, cap. I.

39 Véase el trabajo pionero de F. Fourquet y L. Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur imposible?", *Recherches*, nº 17, marzo de 1975.

40 Marcel Jaeger estima que entre 1950 y 1970 "ningún cambio fundamental se produjo en el nivel del encuadramiento de los hospitales, de la desprotección total de los enfermos, del peso de las relaciones jerárquicas entre los «curadores» [...] Las veleidades del cambio son rápidamente absorbidas por las instituciones", *op. cit.*, p. 141.

mentos del espíritu.[41] La más célebre de todas, el electroshock ¿no es acaso un método tan bárbaro que hace temblar a los desgraciados que lo tienen que sufrir? Ugo Cerletti concluye su exposición en el congreso de 1950 de la siguiente manera: "Sí, señores, liberar al hombre del electroshock fue la primera idea que me vino a la mente cuando practiqué el primer electroshock sobre una persona [...] Trabajamos en la esperanza de deciros un día: Señores, el electroshock ya no se practica."[42] Esta esperanza se verá decepcionada: el electroshock es, todavía hoy, el remedio más poderoso contra la melancolía y sigue siendo el recurso último en el caso de las depresiones resistentes a los antidepresivos.

La psiquiatría dispone de medios terapéuticos hoy considerados como rudimentarios, domina una concepción de orden público, y los hospitales siguen siendo esencialmente asilos. ¿Qué es lo que permite a Delay emplear este tono? ¿No es su optimismo más que una retórica de buena ley de cara a los representantes de todas las corrientes psiquiátricas, neurológicas y psicoanalíticas[43] de un congreso que reúne a cuarenta y siete naciones y dos mil participantes? Ahora bien, los métodos de shock son considerados, a justo título, como una revolución.[44]

Las psicoterapias habían permitido actuar sobre dos géneros de patologías: las asténicas y las histéricas. Los especialistas franceses se pusieron de acuerdo, a comienzos del siglo XIX, sobre el hecho de que existen múltiples estados intermedios entre la normalidad y la alienación. Para los enfermos más afectados, el diagnóstico psiquiátrico se reduce a establecer un pronóstico. Dos grandes categorías de enfermedades se definen en este período: la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia[45] o, más bien, el grupo de las esquizofrenias.

41 "A través del balance del primer congreso mundial de psiquiatría [...] escrito por ejemplo en 1996 por Michel Marie-Cardine, la terapéutica psiquiátrica aparece como muy rudimentaria", en "Pharmacothérapie et psichothérapies: historique des recherches", *Revue internationale de psychopathologie*, nº 21, 1996, p. 44.

42 U. Cerletti, "Resumé du rapport", en H. Ey, P. Marty, J. Dublineau (informes de las sesiones publicados por), *Premier Congrès mondial de psychiatrie* (1950, París), vol. IV, *Thérapeutiques biologiques*, Paris, Hermann, 1952, p. 15.

43 Todos los principales referentes del psiconálisis francés toman parte en él. Véase É. Roudinesco, *La Bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1925-1985*, Paris, Seuil, 1986, vol. 2, p. 187.

44 En un balance sobre los neurolíticos redactado en 1975, Henri Ey se queja, asimismo, del hecho de que "las terapéuticas biológicas [hayan sido] demasiado a menudo sistemáticamente abandonadas". "Neuroleptiques et techniques psychiatriques" *Confrontations psychiatriques*, nº 13, 1975, p. 41. "Sea lo que fuere, escribe Paul Balvet, en todas estas tentativas más o menos exitosas (e incluso en aquellas que resultaron un fracaso) el enfermo psiquiátrico (y singularmente el enfermo psiquiátrico hospitalizado) se convertía, no sólo de palabra, sino de hecho, en un «enfermo». El loco intocable, el loco mítico, se convertía en un enfermo sobre el cual se podía actuar, un hombre que podía ser transformado. Y al transformarlo, el psiquiatra se daba cuenta de que ya no le tenía le miedo, se daba cuenta de que había dejado de temerle." P. Balvet, "Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine", en P.-A. Lambert (textos publicados por) *La Relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965, p. 10-11.

45 E. Kraepelin, *op. cit.* Sobre la historia de la esquizofrenia, J. Garrabé, *Histoire de la*

La primera, definida por el maestro de la psiquiatría alemana, Emil Kraepelin (1856-1926) se caracteriza por la alternancia de accesos maníacos (que pueden llegar hasta el delirio) y de accesos depresivos: las formas más ligeras se caracterizan esencialmente por una inhibición psíquica y un humor abatido. "Particularmente impresionante, escribe Kraepelin, es la *disminución* considerable de la *facultad de actuar*."[46] La reducción de las capacidades de acción es, junto a la tristeza y al dolor moral, una de las dos grandes manifestaciones de la depresión. En las formas agudas, se trata de hablar propiamente de melancolía, con sus trastornos sensoriales y sus ideas delirantes (delirio de culpabilidad) que pueden conducir al suicidio. La esquizofrenia proviene de un cambio del segundo grupo de psicosis también definidas por Kraepelin: la demencia precoz (precoz, porque comienza durante la juventud del enfermo). Esta afección combina disfunciones del movimiento del cuerpo, emociones y un sistema de pensamiento alucinatorio. El psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) adelanta una disociación psíquica en la cual el síntoma es este trastorno de la asociación de las ideas que se llama "un delirio". Es lo que define la esquizofrenia.

Pero, de Kraepelin a Bleuler, no son solamente las definiciones de los dos grandes conjuntos de enfermedades las que se estabilizan. Estas dos psicosis se caracterizan, por cierto, por síntomas correlacionados unos con otros y por una evolución temporal específica de cada una (Kraepelin), pero ambas corresponden sobre todo a las dos grandes funciones psíquicas, "ambas involucran toda forma de ser del enfermo en relación con la realidad ambiente".[47] La esquizofrenia es una pérdida de contacto afectivo, la psicosis maníaco-depresiva deja al enfermo intacto entre las fases. Bleuler considera que se encuentran aquí los dos aspectos patológicos de los principios fundamentales de la vida humana: la psicosis maníaco-depresiva es una patología del "ímpetu personal", ímpetu sin el cual no se puede vivir en el mundo, la esquizofrenia es una patología de la separación de la perspectiva del mundo, separación sin la cual una personalidad no puede constituirse. La coexistencia armoniosa de estas dos facultades engendra "el máximo de equilibrio, de felicidad y de rendimiento al cual creemos deber aspirar".[48] Si el genio de Kraepelin fue redistribuir la diversidad psicótica en dos especies, la de Bleuler fue inscribirlas en una

schizophrénie, Paris, Seghers, 1992, y R. Barrett, *Le Traité des fous. La construction sociale de schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997, cap. 7 y 8. No se dispone, en mi conocimiento, de una historia social y cultural de la esquizofrenia.

46 E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 128. Subrayado por el autor. Kraepelin habla de melancolía simple y de melancolía grave.

47 E. Minkovski, *Le Temps vécu*, Paris, PUF, colección "Quadrige", 1995 (1993), p. 67. La frase está subrayada por Minkovski. Este párrafo retoma el análisis de Minkovski, pp. 64-71. Recuerdo que Minkovski era discípulo de Bleuler, quien introdujo el abordaje fenomenológico de la psiquiatría en Francia, participó en el nacimiento del movimiento psicoanalítico francés y en el grupo de *L'Évolution psychiatrique*, del cual fue uno de los fundadores.

48 E. Minkovski, *ibid.*, p. 67.

continuidad con la normalidad. Si su obra no ha permitido explicar las psicosis,[49] ha vuelto comprensibles los tipos de subjetividades que revelan.

La disolución identitaria y la ruptura afectiva con el mundo son los grandes rasgos del territorio psicótico en el momento en que emergen los medios biológicos para actuar sobre las patologías. Para Kraepelin, estos rasgos dirigen las enfermedades hacia la incurabilidad; para Bleuler, obligan a la psiquiatría a involucrar su personalidad en un contacto afectivo. Es ésta la condición misma de un mejoramiento afectivo.

La importancia de los tratamientos de shock provoca que se abra la vía de la acción. Por primera vez en la historia de las terapéuticas, la psiquiatría es capaz de establecer una relación *estable* dentro de una medicación y una curación. Estas técnicas anclan la psiquiatría en la medicina, le permiten entrar en la modernidad científica –tal es el discurso de Delay. Actúan *regularmente* y de *modo durable,* permiten definir las enfermedades por un efecto de "disección farmacológica". La terapéutica biológica se convierte en un dato fundamental en la nosografía psiquiátrica y en la investigación de las causas o mecanismos que dan nacimiento a una patología mental. La psiquiatría dispone de un testimonio confiable: la reactividad del paciente a un tratamiento es un medio de verificar la justeza del diagnóstico realizado. La medicina mental entra en la edad de la disección farmacológica.

La cuestión del humor se torna decisiva, pues la intrincación de los aspectos somáticos y físicos de la enfermedad mental se realiza en un nuevo contexto: los métodos de shock proveen de bases *experimentales* para comprender la etiopatología de los trastornos mentales. En efecto, estos métodos confirman a nivel terapéutico la reflexión clínica del siglo XIX: el afecto enfermo es la base de todas las locuras; delirios y alucinaciones no son más que su consecuencia. Es al humor al que es necesario imputarle los desarreglos de la razón, la dispersión del pensamiento en fragmentos, la disolución de la identidad de la persona.

Un sujeto afectivamente enfermo

Los métodos de shock, destinados en principio a la esquizofrenia, buscan provocar o un coma o una convulsión. Según el caso, se intenta obtener un efecto sedante o un efecto estimulante. Estos métodos son la malarioterapia (por la cual Julius Wagner-Jauregg recibió el premio Nobel de medicina en 1927), la cura de sueño por medio de barbitúricos (se atribuía a la narcosis la facultad de liberar a las esquizofrenias de sus automatismos), el shock hipoglucémico con insulina y la convulsivoterapia con cardiazol. Pero es una técnica epileptógena, cuyo éxito fue mucho más importante, el que nos interesa, pues renovó el problema de la depresión: el electroshock. Este

49 Es la relación habitual establecida con la fenomenología: fineza descriptiva, pero incapacidad de avanzar sobre las causas.

procedimiento se generalizó en el curso de la guerra y llegó más allá de la región parisiense.[50]

Esta técnica permite testear experimentalmente las hipótesis sobre la patogenia de las enfermedades mentales ¿Cuáles son los mecanismos que provocan el coma o la convulsión? ¿Por qué razones los shocks tienen un efecto terapéutico? ¿Y de qué naturaleza? En suma ¿qué es lo que curan?

Tres figuras clave: Henri Claude, Jean Delay, Henri Ey

En Francia, lo esencial del asunto se desarrolla en Sainte-Anne bajo la égida de Henri Claude (1869-1945). Este neuropsiquiatra domina institucionalmente la psiquiatría francesa del período de entreguerras.[51] Amigo de Janet, se da a conocer a comienzos de siglo por trabajos endocrinológicos (la acción de la adrenalina sobre el sistema nervioso), luego, durante la Gran Guerra, por trabajos neurológicos (junto a Jean Lhermitte demostró el papel de los centros neurovegetativos en las regulaciones metabólicas y en las regulaciones psicológicas). Designado para la cátedra de clínica de las enfermedades mentales y del encéfalo en 1921, pone en funcionamiento el primer servicio abierto en Sainte-Anne y consigue que un cursillo de psiquiatría sea obligatorio para todos los estudiantes de medicina. Codirige *L'Encéphale,* fundado en 1906. La mayor parte de los que se destacarán tras la guerra en el campo la psiquiatría pasan por las clases de Henri Claude: Henri Ey, jefe de clínica de 1931 a 1933, donde entabla amistad con Jacques Lacan; Henri Baruk, uno de los promotores de la psiquiatría social que se dio a conocer en el período de entreguerras por sus trabajos de psicofarmacología y fundó en 1962 *Les Annales Moreau de Tours*[52], etc. Henri Claude acoge a su servicio, en el curso de los años veinte, a los fundadores de la futura Sociedad psicoanalítica de París –Freud es poco conocido en la época, en absoluto comprendido por los médicos y a menudo percibido como una especie de Janet "alemán".

Henri Ey y Jean Delay pertenecen a la generación siguiente: son ellos los dos grandes maestros de la psiquiatría francesa una vez terminada la

50 Véase el testimonio de André Roumieux sobre el hospital psiquiátrico de Rodez donde estuvo internado Antonin Artaud: *Artaud et l'asile. Au delà des murs, la mémoire*, tomo I, Paris, Séguier, 1996. El éxito es tal que se practica electroshock a todo el mundo. La historia de los métodos de shock, y particularmente del electroshock está, de acuerdo con mis conocimientos, todavía por escribirse. Señalo dos artículos, demasiado fácticos, de G. E. Berrios, "Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history", en H. Freeman y G. E. Berrios (dir.), *150 Years of British Psychiatry*, London, Athlone, 1996, y "The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history", *History of Psychiatry*, vol. 8, 1997. Un capítulo muy anecdótico puede encontrarse en N.S. Endler y E. Persad, *Electroconvulsif Therapy. The Myths and the Realities*, Viena-Stuttgart-Berna, Hans Huber, 1986.

51 Para este tema, utilicé la obra de J. Delay, "L'oeuvre de Henri Claude", *Études de psychologie médical*, Paris, PUF, 1953. André Breton hace de él un personaje en *Nadja*.

52 Se erige a este alienista en padre lejano de la psicofarmacología moderna porque utilizó el haschis.

Segunda Guerra Mundial.[53] Ambos son también, como Claude en su época, personajes cruciales.

Jean Delay es uno de los raros psiquiatras que llegará a ser profesor universitario y cuyos trabajos alcanzan ya una reputación internacional. Fue jefe de clínica del prof. Guillain, uno de los sucesores de Charcot en la Salpêtrière "la Meca de los neurólogos" y su primer biógrafo. Realizó un análisis (didáctico, escribe él mismo) con Édouard Pichon, uno de los introductores del psicoanálisis en Francia y, además, yerno de Janet. Delay llega a Sainte-Anne "que es a la psiquiatría lo que la Salpêtrière a la neurología",[54] a finales de los años treinta. Obtiene la cátedra de clínica de enfermedades mentales y del encéfalo en 1946. Sainte-Anne era, desde finales del siglo XIX, el lugar más destacado de la escuela del degeneracionismo. El éxito de Charcot y de sus alumnos de la Salpêtrière marcan la declinación a comienzos del siglo XX. La interpretación del electroshock por Delay, que se impone en los años de la década de 1940, y luego la experimentación del primer neurolítico en el curso de 1952, restauran el prestigio de la Escuela de Sainte-Anne. Su reputación iguala cómodamente la de la Salpêtrière de cincuenta años atrás. Todas las corrientes de la psiquiatría francesa se desarrollan y confrontan en ella: Paul Guiraud (la encarnación nacional francesa del organicismo y maestro de Ey) y Georges Daumèzon (uno de los jefes de archivo de *L'Évolution psychiatrique*) son jefes de servicio de la institución. Lacan y Ey tienen allí sus seminarios en la década de 1950.

Henri Ei (1900-1977) es dueño de un perfil por completo distinto: tiene el prestigio de Delay, pero no su poder. Médico en jefe del hospital de Bonneval, sin carrera universitaria, no tiene ningún puesto que ofrecer. Pero su importancia es, sin embargo, decisiva en tres sentidos. En primer lugar, es el hombre que a todo lo largo de su vida confronta la psiquiatría y el psicoanálisis. Participa desde sus orígenes en el grupo *L'Évolution psychiatrique* y en la revista del mismo nombre, creada en 1925 y dirigida por el psicoanalista René Laforgue: es esencialmente dentro de ese grupo que se da la confrontación entre psiquiatría y psicoanálisis[55] –la conjunción tiene lugar en torno a los años sesenta. Un sector de los fundadores de la revista crea, en 1926, la Sociedad psicoanalítica de París y su propia revista, *La Revue française de psychanalyse.* En 1932, Henri Ey toma la dirección de *L'Évolution psychiatrique,* que mantiene hasta su muerte en 1977. Para Ey, "el psicoanálisis ha aportado una comprensión nueva del mecanismo de las enfermedades mentales, presenta a quienes lo practican resultados terapéuticos impresionantes".[56] Propone al mismo tiempo abrir la revista a la participación de los neurólogos. Integrar el psicoanálisis dentro de la psiquiatría y establecer la psiquiatría en el interior de la medicina es la doble vía que Henri Ey intenta imponer hasta el fin de sus días.

53 Junto a Jacques Lacan, por cierto, pero en la historia de nuestra principal desdicha interior, Lacan no desempeña ningún papel: cuando el psicoanálisis (francés) "descubra" la depresión, no será en relación con él. Cf. *infra,* segunda parte.

54 Estas informaciones se han extraído de la lección inaugural que pronuncia Delay en 1946. J. Delay, *Aspects de la psychiatrie moderne,* pp. 9-10 y 15.

55 Véase É. Roudinesco, *La Bataille de cents ans. Histoire de psychanalyse en France, 1885-1939*, Paris, Ramsay, vol. 1, 1982.

56 *L'Évolution psychiatrique*, nº 4, 1946, citada por É. Roudinesco, *ibid.*, p. 416.

Su importancia institucional proviene igualmente de que es el principal promotor de la psiquiatría de sector y de la separación entre neurología y psiquiatría. El hombre sostenía firmemente sus posiciones organicistas, manteniendo la convicción profunda de que sólo la confrontación sin reservas de argumentos podía hacer progresar la psiquiatría, y no la búsqueda de un imaginario consenso. Los coloquios que organizó entre los años cuarenta y los sesenta en Bonneval se han hecho célebres por la libertad de su tono. Henri Ey es el segundo personaje crucial de la psiquiatría francesa.

Las lesiones dejan el lugar a las funciones

Henri Claude expone su concepción de la psiquiatría en su lección inaugural de 1921: "En una enfermedad mental se está en presencia, las más de las veces, de una intrincación de factores somáticos y psíquicos cuyo estudio pone a la luz la importancia del dominio individual, concepción más precisa y menos rígida que la de constitución mental. Es ése el fin que se ha asignado a nuestra enseñanza en la Clínica Sainte-Anne, insistiendo sobre el método psicobiológico."[57] El razonamiento psiquiátrico se halla en camino de modificarse profundamente: la teoría del degeneracionismo y su fatalidad hereditaria declinan por completo a comienzos del siglo[58] en provecho de la psicopatología clínica.[59] A partir de los años 1930, las prácticas psicoterapéuticas (psicoterapia institucional, ergoterapia, etc.) se desarrollan paralelamente[60] a la introducción de los métodos de shock. Según ciertos testimonios, a menudo se combinan. El número de psicosis crónicas disminuye, se inicia un movimiento de altas desde los asilos.[61] La "revolución terapéutica" precede claramente a la invención de los medicamentos del espíritu en el curso de la década de 1950.

Los medios biológicos actúan, pero ¿cómo? La concepción anatómica limi-

57 Citado por J. Delay, *ibid.*, p. 16.

58 Véase J. Goldstein, *op. cit.* e I. Dowbiggin (que analiza sus motivos institucionales y profesionales) *op. cit.* El principal referente de esta teoría era Valentin Magnan, que dirigió la oficina de admisiones de Sainte-Anne durante cuarenta años. En "Back to the future: Valentin Magnan, French psychiatry, and the classification of mental diseases, 1885-1925" (*Social History of Medicine*, vol. 9, nº 2, 1996) Ian Dowbiggin describe la declinación de este tema en el primer cuarto del siglo XX.

59 Para la apertura de una "era psicopatológica", véase Paul Bercherie, *op. cit.*

60 Sobre la psicoterapia institucional, véase F. Fourquet y L. Murard, *op. cit.*

61 Véase H. Ey, "Neuroleptiques y techniques psychiatriques", artículo citado, pp. 33-35. En el centro de tratamiento y de readaptación social de Ville-Évrard, las psicosis crónicas pasarán del 36 % entre 1921 y 1937 al 16 % entre 1938 y 1954, p. 35 Sobre la combinación de las dos modalidades de tratamiento, véase Paul Balvet, "Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine", artículo citado. La insulinoterapia, escribe, "demostraba la curabilidad de la esquizofrenia y liquidaba en nuestros espíritus la noción de una "demencia precoz", que todavía persistía entonces en nuestros espíritus, pese a la antigüedad de la publicación de Bleuler", p. 7.

tada a la localización de lesiones aparece notablemente insuficiente por una sencilla razón: los tratamientos de shock no reparan lesiones.[62] La enfermedad mental debe ser explicada por otros mecanismos. Numerosos trabajos comienzan a describir la intrincación evocada por Claude en Sainte-Anne, pero también en Charenton y en la Salpêtrière.

Los tratamientos de shock y el uso de drogas permiten agregar métodos experimentales a los métodos clínicos, particularmente en la experimentación humana. La psicofarmacología naciente permite comprender los modos de acción de las sustancias en el sistema nervioso central: el origen de los trastornos no es una alteración localizable en un espacio del cerebro, sino un proceso *dinámico* atribuible a ciertas áreas del cerebro. Dicho de otro modo, son las *funciones* de esas áreas (sistema neurovegetativo, diencéfalo, etc.) las que se empiezan a comprender. Son ellas las bases biológicas de las patologías. Algunos procuran hacer desaparecer la inhibición catatónica por medio de la cocaína, otros, de producir estados de esquizofrenia con el mismo producto, pero en dosis muy elevadas, etc. El primer laboratorio de psicofarmacología se crea en Charenton (hoy Esquirol) en 1930, gracias a la Fundación Rockefeller: se utilizan hormonas o mediadores químicos (como la adrenalina) para comprender sus mecanismos de acción.[63] Claude publica trabajos sobre la catatonia con Baruk, y con Ey estudios sobre las psicosis alucinatorias. Demuestran que la afectividad es la base de los delirios: éstos resultan de un desorden de la timia –un calificativo técnico que designa el afecto. La psiquiatría puede abandonar la concepción anatómica en provecho de una concepción neurobiológica: *las lesiones dejan lugar a las funciones.* La enfermedad mental resulta de un desarreglo funcional que daña el afecto y no de una lesión, pone de relieve una dinámica y no una estática. Así pues, dinámica implica cambio, incluso reversibilidad, por lo tanto curación.

Análisis de la personalidad de los enfermos, ensayos terapéuticos, investigaciones sobre el sistema nervioso central irán barriendo, a partir de los años 1920, con la concepción anatómica de las psicosis y su demencia ineluctable sobre la que había teorizado Kraepelin.[64]

Los métodos de shock permiten demostrar, entonces, la existencia de mecanismos biológicos subyacentes a las enfermedades mentales. Relegan las lesiones o los agentes patógenos a un lugar marginal. Asociados a la multiplicación de investigaciones en laboratorio, estos métodos permiten avanzar hipótesis precisas sobre las áreas cerebrales o los procesos químicos que dirigen las reacciones emocionales de las personas.[65] Dicho de otro modo,

62 H. Baruk y J. Launay, "Aperçu historique sobre la psychopharmacologie", *Annales Moreau de Tours*, tomo II, Paris, PUF, 1965, p. 4. Por el contrario, los trastornos funcionales, perfectamente pueden crear lesiones. Véase J. Delay, *Études de psychologie médicale*, p. 233 *sq.*

63 H. Baruk y J. Launay, artículo citado. En los años de la década de 1930, se descubre "el papel de ciertos mediadores químicos, como la serotonina, en la reproducción de psicosis", p. 7.

64 H. Baruj y J. Launay, *ibid*, pp. 4 y 5.

65 Este tema merecería un estudio más preciso. En este momento, no recuerdo ninguno sobre el papel jugado por la electroencefalografía o las neurosis experimentales en animales después de los trabajos de Pavlov.

son el medio para establecer empíricamente que la vida mental resulta de relaciones entre el afecto y la representación: "La separación de los centros donde se elaboran los actos intelectuales y los que presiden a las manifestaciones instintivas, no es de ninguna manera tan absoluta como algunos pudieron admitirlo durante un tiempo."[66] Los mecanismos etiopatogénicos de los delirios o de las cavilaciones se vuelven comprensibles sobre una base experimental. ¿De qué naturaleza son estas relaciones?

Funciones superiores y funciones inferiores: el gran consenso

La gran doctrina del período de entreguerras y de la década de 1940 es la jerarquía de las funciones. La misma hace referencia a un modelo expuesto en 1884 por el neurólogo británico John Hughlings Jackson. Las enfermedades mentales son disoluciones de los centros superiores del cerebro: formados en las etapas finales del proceso evolutivo de la especie humana, son más complejos, más voluntarios y menos organizados que los centros nerviosos inferiores, que son más simples, más automáticos, mejor organizados. La desorganización de los centros superiores deja abolido el control sobre los inferiores, que se liberan y producen esos automatismos mentales de los cuales se nutrió la psicología naciente de finales del siglo XIX. Estos automatismos son de dos tipos: el delirio y la alucinación son los síntomas positivos; la abulia, la rigidez motriz, etc., son los síntomas negativos, deficitarios se diría más tarde. Jackson se encuentra en una perspectiva global, funcional, evolucionista y no en una perspectiva lesional. La enfermedad aparece así como una regresión, un "retorno al estado ancestral o infantil".[67] La teoría de Jackson será una referencia mayor que permitirá abandonar la idea de que los trastornos mentales son entidades clínicas precisas –enfermedades.[68] La psiquiatría

66 Gustave Roussy, "Préface" a Jean Delay, Les Dérèglements de l'humeur, Paris, PUF, 1946, p. X. Roussy, como todo el mundo, atribuye la relación entre los dos tipos de centros a "la utilización de los shocks, ya sea que se trate de shocks comatógenos o de shocks epileptógenos", p. IX.

67 Charles Feré, en una obra de 1899, citada por F.-J. Sulloway, *op. cit.*, p. 259. Sulloway precisa que Freud tenía en su biblioteca la obra de Feré y conocía, evidentemente muy bien, al igual que todos los neurólogos de la época, la doctrina de Jackson.

68 El manifiesto del jacksonismo francés es una obra publicada en 1928 por C. Von Monakow y R. Mourgue, *Intégration et désintégration de la fonction.* Su sola recepción merecería un estudio. El dinamismo instintivo desempeña un papel de primer orden en la diferenciación de las funciones del organismo. Véase J. Delay, "Le jacksonisme et l'oeuvre de Ribot", en *Études de psychologie médicale, op. cit.* El término "manifiesto" es del propio Delay. Véase también P. Guiraud, *Psychiatrie générale,* Paris, Le François Éditeur, 1950, cap. V. "Encontramos por primera vez, escribe, expuesto un sistema de neuropsiquiatría concebido en un espíritu verdaderamente biológico", p. 164. Esta doctrina fue expuesta por Henri Ey en numerosas ocasiones. Sobre el pensamiento de Jackson, véase M. Baland "Les fondements psychologiques de la notion d'automatisme mental chez John Hughlings Jackson", *L'Information psychiatrique*, junio de 1989, octubre de 1989, enero de 1990.

francesa es globalmente jacksoniana (Pierre Janet, Henri Claude, Henri Ey, Paul Guiraud, Jean Delay,[69] etc.). Es éste su modo de ver el inconsciente.

El organicismo defiende al sujeto

Henri Ey ve en esta doctrina un gran interés: "permite extenderse desde el «janetismo» hasta el «freudismo» sin caer en los errores y en los excesos de uno y de otro",[70] a saber, que podría existir una psicogénesis de las patologías mentales. "Toda disminución de las fuerzas psíquicas superiores entraña una liberación de energías designadas por los términos de inconsciente o de instinto. La locura libera las tendencias animales", escribe Ey en buen jacksoniano.[71] Es aquí que Janet y Ey vienen a encontrarse: la enfermedad es el efecto "de un déficit energético".[72] La insuficiencia de la fuerza psicológica ya no permite controlar la orgánica.

Solamente la vida psíquica "normal y libre" revela una psicogénesis: "La actividad psíquica consiste en integrar nuestra historia en la intencionalidad de la conciencia". Pero esta libertad "está enraizada en la vida orgánica, se nutre de ella, *la integra* y, en consecuencia, la supera".[73] Libertad y actividad psíquica son dos nociones que se recobran mutuamente, dado que el psiquismo es "la integración de funciones que aseguran una adaptación personal a la realidad".[74] Es por ello que "las enfermedades mentales son insultos y estorbos, no son causadas por la actividad libre, es decir, puramente psicogenética".[75] La relación entre lo psíquico y la locura es de exterioridad. La locura no contiene ninguna verdad para el hombre, pues ella consiste en un eclipse del sujeto, una desagregación de la actividad psíquica: "Sin duda, también podemos decir correctamente de un hemipléjico que *está* paralizado o que *tiene* una parálisis, pero naturalmente no podemos decir del mismo modo de un esquizofrénico que «tiene» una esquizofrenia. Así pues, alcanzamos algo cierto con estas diferencias de lenguaje. Para mí, semejante exigencia queda probada por el hecho de que nunca redacté un certificado mencionando que el enfermo «está atacado de esquizofrenia» o «de un delirio crónico» sino que

69 Gustave Roussy lo subraya por Delay: "Es precisamente bajo este ángulo de la ley jacksoniana que Jean Delay estudia los desarreglos del humor", *op. cit.*, p. X. Sobre el jacksonismo de Ey se puede consultar T. Trémine, "Henri Ey et le fil rouge du jacksonisme", *L'Information psychiatrique*, n° 7, septiembre de 1997.

70 Henri Ey, *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psicopathologie générale*, Étude n° 7, "Principes d'une conception organo-dynamique de la psychiatrie", p. 163. Para Ey, "Janet es el más grande psiquiatra francés de este siglo", p. 158.

71 *Ibid.*, p. 150.

72 *Ibid.*, p.149.

73 H. Ey, "Les limites de la psychiatrie et le problème de psichogenèse", Introduction a L. Bonnafé, H. Ey, S. Follin, J. Lacan, J. Rouart (editores) *Le Problème de la psychogenèse des nevroses et des psychoses*, s.l., Desclée de Brouwer, 1950, p. 13 y 14. Subrayado de Ey. El enfrentamiento entre Ey y Lacan sobre la causalidad psíquica constituye el corazón del coloquio.

74 *Ibid.*, p. 12.

75 *Ibid.*, pp. 19 y 20.

presenta trastornos mentales característicos de tal o cual estructura."[76] El sujeto se encuentra enfermo en el sentido de que el pilar de su libertad –la conciencia– está atacada por la alucinación.

En 1950, Paul Guiraud (1882-1974) la otra gran figura del organicismo francés, abre el capítulo de su *Psychiatrie générale* consagrada al psicoanálisis, escribiendo: "Es necesario haber vivido el período en que el psicoanálisis se reveló a los psiquiatras para darse cuenta de que ha constituido para nuestra ciencia una verdadera revolución."[77] El aporte de Freud es, según él, "haber encontrado los procedimientos prácticos de exploración del inconsciente y, sobre todo, poner en evidencia que los síntomas eran expresión de un conflicto instintivo inconsciente".[78] El psicoanálisis ha lanzado a los psiquiatras "a elaborar teorías sobre la patogenia de los delirios", escribe. Les ha permitido explicar la elección de tal o cual delirio para el enfermo, mientras que la psiquiatría clásica se había quedado en una actitud "botánica", les ha ayudado a singularizar el enfermo, a investigar la fuente de sus delirios desde un lugar "mucho más cercano de la actividad vegetativa". El método biológico ha aprendido de los psicoanalistas que "es necesario penetrar en la región psíquica que se encuentra por debajo de las funciones del Yo", pero este método no puede reducir la etiología solamente a la función sexual, pues son todas las funciones vitales las que hay que tener en cuenta: "Los choques emotivos, las frustraciones, los conflictos, sobre todo cuando son acentuados o repetidos, alteran el funcionamiento de las neuronas tanto como los tóxicos o las irritaciones mecánicas."[79] El psicoanálisis ha representado un medio de singularizar al paciente, de comprender una enfermedad a través de la historia de una persona. Aliado al "espíritu biológico", el psicoanálisis ha permitido a la psiquiatría ser una medicina del sujeto.

Si Ey ve en la locura un insulto del cuerpo a la perspectiva de la libertad humana, Lacan la comprende de un modo totalmente distinto: "La cuestión de la verdad condiciona en su esencia el fenómeno de la locura [...] Afecta al ser mismo del hombre", en esta íntima conflictualidad en la cual se realiza. "Lejos de constituir un estorbo para la libertad, responde frontalmente a Ey durante el coloquio de Bonneval de 1947, es su más fiel compañera, sigue sus movimientos como una sombra. Y el ser del hombre no solamente no puede ser

76 H. Ey, "Système nerveux et troubles nerveux", artículo citado.

77 Paul Guiraud, *op. cit.*, p. 184. "¿Por qué [Freud] lo llama el conflicto «psicógeno»? Porque no sabemos describirlo, estudiarlo de otro modo que por el método psicológico, pero ello no prueba en absoluto que este conflicto no tenga un aspecto fisiopatológico", p. 199.

78 Paul Guirarud, *ibid.*, p. 200.

79 Paul Guiraud, *ibid.*, pp. 581, 586, 600 y 606. En el primer congreso mundial de psiquiatría de 1950, Guiraud declara "El aporte del psicoanálisis a la patogenia de los delirios ha sido muy valioso". "Pathogénie. Étiologie des délires". En H. Ey, P. Marty, J. Dublineau (informes de las sesiones). *Premier Congrès mondial de psychiatrie*, vol. 1, *Psychopathologie générale*, vol. I, Paris, Herman, 1952, p. 22. Son compendios de psiquiatría (en colaboración con Maurice Dide y publicados por primera vez en 1922) que, hasta finales de la década de 1950, constituyen el abecedario no sólo de los estudiantes de psiquiatría y de los psiquiatras, sino también de todos los médicos que querían iniciarse en psiquiatría. Véase el coloquio de Dide y Guiraud publicado por *L'Évolution psychiatrique*, 58, n° 4, octubre de 1993.

comprendido sin la locura si no lleva en sí la locura como límite de su libertad."[80] De Ey a Lacan, es la definición de sujeto la que se convierte en objeto de controversia. Para el primero, está limitado a la normalidad, para el segundo, jamás se aparta del sujeto, pues la locura es "locura de un sujeto".

Delay: una teoría del humor

En un libro publicado en 1946, Jean Delay pone al afecto en el centro de la psicosis: "Es bajo este ángulo particular, a saber, como enfermedades del humor, que encaramos aquí las dos psicosis", es decir las esquizofrenias y la psicosis maníaco-depresiva. ¿Por qué el humor cuando una creencia perturbada es el signo principal de las psicosis? "El análisis de estas perturbaciones tímicas ha tomado un interés muy particular luego de la introducción en la psiquiatría de los métodos de shock [...] Estos métodos ejercen una acción notable sobre la esfera tímica, y por eso mismo sobre las psicosis cuyo desarreglo del humor constituye el trastorno primordial."[81] En los dos casos, se trata de una enfermedad del afecto, de un desarreglo del humor. Esto último es la base de las alucinaciones y de los delirios.

La proporción de éxitos perdurables en la esquizofrenia es "según nuestras estadísticas personales [de] más del treinta por ciento, mientras que hemos obtenido noventa por ciento en el caso de la melancolía".[82] No existe ningún tipo de utilaje estadístico estandarizado en la época, y Delay sigue siendo perfectamente impreciso respecto de las cuentas, pero el conjunto de la literatura científica lo confirma: el electroshock es *el* tratamiento de la melancolía.

La melancolía se define por un atascamiento del impulso vital que se manifiesta en un dolor moral: el sentimiento de culpabilidad y el delirio de culpabilidad son tales que el enfermo desea la muerte, y a menudo se la da por su propia mano. "El atascamiento de los instintos de vida en la melancolía, escribe Delay, corre a la par con el triunfo absoluto de la conciencia moral que tiene todo su poder." La melancolía radicaliza la conciencia de uno mismo bajo la modalidad de una enfermedad de la ley: la influencia de la culpabilidad es tal que no hay lugar para el impulso vital. La melancolía es kafkiana: la ley es, para ella, puro castigo. Ahora bien, escribe Delay: "A esta conciencia patética organizada por y para el dolor, el electroshock la transforma al atacar, precisamente, su base tímica."[83] El electroshock regula el humor de

80 *Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses, op. cit.*, pp. 25 y 41.

81 J. Delay, *Les Dérèglements de l'humeur, op. cit.*, p. 5.

82 J. Delay, *ibid.*, p. 73. P. Delams-Marsalet confirma los porcentajes sobre la melancolía en el congreso de 1950, *op. cit.*, p. 100. Publicó una densa obra sobre el electroshock en la que proporcionó una interpretación diferente de los efectos del shock, *Électroshock et thérapeutiques nouvelles en neuropsychiatrie*, Paris, Baillière, 1946. El síndrome humoral no proviene del diencéfalo o de otra área del sistema nervioso, sino del trabajo muscular. Y lo que cura es menos un shock emocional que una disolución de la conciencia.

83 *Ibid*, p. 11. Subrayado por Delay. Ey describe así la conciencia melancólica: "Lo que se

modo perdurable: se trata de un tratamiento de prueba que permite distinguir, en una entidad mórbida, lo que es síndrome –entidad clínica que puede manifestar enfermedades diferentes– y entidad nosológica –la patología. Cuando el electroshock hace desaparecer provisoriamente una forma mórbida, no puede ser más que un síntoma o síndrome: cuando la hace desaparecer de modo perdurable, representa una enfermedad. El electroshock tiene aquí una doble naturaleza de cura y de definición de una enfermedad, de prueba terapéutica de disección farmacológica: si el humor es la enfermedad, escribe todavía Delay. "las recaídas son excepcionales".[84]

La conciencia se descentra, el Yo se fragmenta, es entonces "el hombre total" en su integralidad somato-psíquica el que encara el razonamiento psiquiátrico. El análisis psicológico janetiano, el psicoanálisis freudiano, el organicismo jacksoniano, la naciente psicofarmacología y los métodos de shock se refuerzan mutuamente para diseñar una configuración global del sujeto enfermo. El desarreglo mental debe ser comprendido y tratado sobre una doble base: actuando sobre el núcleo de funciones interiores, a saber la timia, e integrando sus funciones superiores sobre el tratamiento, es decir, la historia singular del paciente. El sujeto enfermo es, podría decirse así, afectivo: su vida emocional es el punto de encuentro de su enfermedad tímica y de su juicio erróneo. En los años 1940 un organicismo dinámico gana las diferentes escuelas.[85] Es en el sentido de esta configuración que se despliegan los enfrentamientos.

conoce con tan poca profundidad como conciencia melancólica admite como evidencia que, por muy humana y moral que sea, esta conciencia mórbida nos presenta ante todo una caricatura (por otra parte siniestra y lamentable) que no es más que una real situación de pecado". H. Ey "Contribution a l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique", *L'Évolution psychiatrique*, nº 3, 1955, p. 542.

84 *Les Dérèglements de l'humeur, op. cit.*, p. 77. El electroshock "desempeña un papel de verdadero tratamiento de prueba para la curación de las formas que se relacionan con la psicosis maníaco-depresiva, que no tiene más que un efecto mediocre o nulo sobre las formas [menores de la melancolía] verdaderamente neurasténicas y psicasténicas", p. 27. "La mayor parte de las revistas especializadas, escribe Georges Daumézon, están colmadas, después de quince años, de publicaciones relativas a las terapéuticas de shock." Dado el grado de discordancia de las estadísticas, encuentra poco útiles "las síntesis que se contentan con constatar la acción efectivamente «tímica» del shock". Por el contrario, sería necesario hacer una nosografía, porque, piensa con Delay, las terapéuticas de shock "hacen aparecer aspectos desatendidos, tanto de las disociaciones de elementos de entidades habituales como de los que modifican los cuadros clínicos". G. Daumézon, "Nosographie et thérapeutiques de shock", *L'Évolution psychiatrique*, nº 1, 1950, pp. 247, 252, y 249.

85 Se sabe que Henri Ey llamó "organodinamismo" a su concepción de la psiquiatría. "El organismo es para nosotros, escribe, el movimiento, y su historia un lugar del cual emerge el espíritu en la medida de su organización. Es esta bipolaridad de la estructura y no la dualidad de dos sustancias, lo que define la oposición de la materia y del espíritu. Y es porque doy al polo psíquico un sentido y una realidad que también doy al polo orgánico un sentido y una realidad", "Discussion du rapport de Lacan", en Bonnafé *et al. op. cit.*, p. 56 Entre las grandes figuras psiquiátricas de la época, Lacan escapa a este acuerdo, pero todavía no había hecho escuela.

Este "ansioso", este "deprimido", este "asténico" ¿es un poco melancólico?

Delay define la noción de humor de la manera siguiente: "El humor es esta disposición afectiva fundamental, rica en todas las instancias emocionales e instintivas, que da a cada uno de nuestros estados de ánimo una tonalidad agradable y desagradable, oscilante entre los dos polos extremos del placer y del dolor. En la medida en que se opone en la vida mental una esfera tímica que engloba las afecciones a una esfera noética que engloba las representaciones, el humor es el fenómeno tímico más elemental y más general."[86] La acción de los shocks sobre la timia se convierte en el lugar común psiquiátrico en el curso de los años de la década de 1940. En la medida en que el humor desarreglado se encuentra en numerosas patologías, incluidas las neuróticas, ¿es suficiente que el dolor moral y su corolario, el sentimiento de impotencia, estén presentes para prescribir el electroshock? ¿O bien es necesario restringir su indicación a la melancolía? Dicho de otro modo ¿se ha descubierto un tratamiento que actúa sobre todos los síndromes depresivos o solamente sobre ciertas entidades precisas?

La psiquiatría reconoce fácilmente la melancolía, pues el atascamiento de los instintos de vida del enfermo es visible en su actitud. Tiene "los ojos sin mirada", escribe Delay.[87] No sabe de dónde viene su dolor: "Esta postración total del individuo, escribe en 1947 un joven médico en su tesis de psiquiatría, en todas sus actividades es primitiva y aparentemente sin etiología. [...] Este dolor no tiene causa psicológica: el enfermo lo resiente, lo sufre, pero difícilmente lo explica."[88] Sin causa psicológica, y por lo tanto de origen endógeno, y el electroshock logra hacer ceder el fondo *tímico* desarreglado por la melancolía.

Para los psiquiatras de la época, la noción de depresión se asimila en su conjunto a la de melancolía.[89] Pero las psicastenias, las "depresiones neuróticas", reaccionales, etc., en la medida en que son menos graves que la melancolía, pero mantienen aspectos que la recuerdan, como la disminución del tono vital y la tristeza ¿son también suceptibles de tratarse con electroshock?

Es evidentemente en el seno del hospital psiquiátrico que se hace la reflexión clínica. La apertura en 1922 en Sainte-Anne del Hospital Henri-Rousselle, primer servicio abierto, donde a menudo realizan su consulta enfermos no psicóticos, ve crecer su clientela psiquiátrica:[90] la psiquiatría acoge, en parte al menos, a pacientes que recuerdan a los de la medicina general. ¿Sus estados deben ser definidos a partir de la melancolía? "En el estado de melancolía menor, uno se encuentra en presencia de un enfermo que, en el interrogatorio, reconoce su tristeza [...] Al no expresar idea alguna de suicidio ni ideas delirantes de autoacusación o de humillación, parece comportarse delante del médico como un individuo fatigado".[91] Melancolías menores o reaccionales: la depresión se encuentra entonces en la órbita de la melancolía. Pero está igualmente en el de las neurosis. En el primer caso, la depresión es toda la enfermedad, en el segundo, su lugar es mucho menos claro.

¿El electroshock es una terapia específica?

La batalla de la depresión comienza con las discusiones sobre la aplicación de los electroshocks más allá de los casos de melancolía. Es una batalla de definiciones: ¿es necesario, por otra parte, distinguir depresiones en función de su etiología? Estas causas ¿conducen de por sí a diferenciar las depresiones según se trate de una neurosis de defensa o de una neurosis traumática? ¿Se debe considerar que existe una unidad de las depresiones? Las respuestas dadas por unos y otros no diseñan ningún consenso.

Jean Delay estima que el electroshock es perfectamente ineficaz pues "la tristeza de un gran psicasténico es de otro orden que el dolor de un melancólico".[92] Su humor abatido no está ligado a un trastorno tímico: el síndrome

86 J. Delay, *Études de psychologie médicale*, p. 72. Cerletti explica, en el congreso de 1950, que los trabajos de Delay le han permitido comprender, no lo que cura el shock epiléptico, sino "la reacción humoral misma". Un discípulo de Delay subraya, por su parte, que se le debe a Cerletti haber dado a los efectos biológicos una base más sólida para sus investigaciones humorales. "Rapport des discussions qui ont eu lieu dans les divers pays avant le congrès", Premier Congrès mondial de psychiatrie, vol. IV, *Thérapeutiques biologiques, op. cit.*

87 J. Delay, *Les Dérèglements de l'humeur*, p. 9. Janet habla en algún lugar de "agonía moral".

88 P. Wallez, *Limitation de la sismothérapie dans les états mélancoliques mineurs* (tesis de medicina), Paris, 1947-1948, p. 21.

89 Según Julien Rouard "para el psiquiatra, estado depresivo = melancolía [...] Este estado que, en su forma típica, se reconoce apenas el paciente abre la puerta del consultorio, tanto en el rostro como en la actitud, son característicos", artículo citado, p. 460. "Incluso en el vocabulario médico, escribe Arthur Tatossian treinta años más tarde, sólo tardíamente el término ha tomado su sentido actual, agrupando al conjunto de los humores tristes como «estados depresivos» que ahora se ha hecho posible. [...] Hasta antes de la Segunda Guerra Mundial, los tratados y manuales tienden a utilizar el vocablo melancolía acompañado de epítetos despectivos o suavizantes", A. Tatossian, "Les pratiques de la dépression: étude critique", *Psychatrie française*, mayo de 1985, p. 264. Sin duda, este artículo constituye el trabajo más completo que haya podido consultar en Francia.

90 Véase M. Le Mappian, "Aspects cliniques des états dépressifs", *L'Encephale*, n° 5, 1949. El autor estudia cien enfermos. Se trata de "enfermos que muy a menudo reconocen en ellos un estado anormal, se quejan por carecer de fuerzas y de interés por su actividad y presentan afectos que van desde el fastidio a la tristeza, o incluso trastornos del tipo de la angustia o de la obsesión", p. 220. En el simposio de 1954, sobre los estados depresivos, el Dr. Jean Laboucaire extrae un balance de la experiencia que alcanza a dos mil casos "de estados melancólicos y de depresiones neuróticas" en establecimientos de reclusión y en otro de curas libres: estos casos forman el 15 % de la clientela del primero y el 47 % de la del segundo. "Discussion", en *op. cit.*, p. 564.

91 P. Wallez, *op. cit.* p. 21-22.

92 J. Delay. *Les Dérèglements de l'humeur*, p. 29. Paul Neveu confirma las posiciones de su patrón en el primer congreso mundial: "Este método es rechazado en los otros casos, y en particular en las neurosis, por la mayor parte de los autores, en razón de los trastornos mnésicos durables y graves de tipo retrógrado y postraumático". Encuentra abusivas las posiciones sostenidas por sus colegas sobre la eficacia del electroshock para las "depresiones reactivas" o para las "depresiones ligeras", informe citado, p. 49. Wallet concluye sus tesis de la misma manera, agregando: "Estos hechos son hasta tal punto conocidos y frecuentes que juzgamos inútil informarlos a través de las observaciones", *op. cit.*, pp. 41 y 42.

resulta de un conflicto psíquico o de un traumatismo, porque las funciones superiores son las únicas afectadas. A la inversa, Georges Daumézon piensa que ya no puede distinguirse ningún matiz entre las melancolías reaccionales y endógenas, pues ambas se curan al cabo de algunos shocks,[93] mientras que Paul Guiraud preconiza la aplicación del electroshock a todas las depresiones desde 1943.[94] Dos psiquiatras canadienses subrayan en el congreso de 1950 que el método "se ha probado indudablemente eficaz y relativamente anodino"[95] sobre más de dos mil enfermos –las estadísticas de curación y de mejora, así como las precisiones que las acompañan sobre la histeria, la ansiedad, las depresiones reaccionales, etc. "Clínicamente, la acción de los electroshocks en las psiconeurosis es la misma que en las psicosis. La hipertimia melancólica y ansiosa se calma rápidamente. El sueño y el apetito se regularizan. El paciente se torna más accesible a la psicoterapia."[96] Los desacuerdos sobre la eficacia terapéutica de los shocks aparecen en el seno de un consenso sobre la necesaria combinación de una psicoterapia y de una quimioterapia, pues –es la línea Janet-Cerletti-Freud– "terapéuticas biológicas y terapéuticas psicológicas, lejos de oponerse, se complementan".[97]

El simposio de 1954, del cual digo que es el primero en ser consagrado a los estados depresivos en Francia, diseña bien el paisaje de los argumentos tras quince años de uso del electroshock. "Escuelas psiquiátricas diferentes [...] se han elegido para enfrentar la depresión, declara Julien Rouart en su exposición introductoria. Nadie duda del carácter universal de la depresión como experiencia vivida, ni cierra su campo, más bien abierto, para un combate semejante."[98] ¿Cuáles son los argumentos invocados?

Jean Malet evalúa muy negativamente la eficacia de los shocks en las depresiones neuróticas, puesto que no pueden ser consideradas melancolías parciales o menos intensas. Revelan, en la mayor parte de los casos, una neurosis subyacente: "Se trata esencialmente de la histeria."[99] La depresión

93 Artículo citado.

94 *Ibid.*

95 C.-A. Martin y L. Crémieux, "Traitement des psychonévroses par l'électrochoc", *Premier Congrès mondial de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 289. P. Delmas-Marsalet extrae un balance opuesto: "Sin duda, es más fácil demoler un sistema delirante puramente imaginario que borrar la pérdida de un ser querido, la pérdida de una posición social o las sanciones sociales infamantes resultantes de acusaciones infundadas", *ibid*, p. 99-100. En el mismo sentido, W. Sargant, recuerda que el cerebro, como el cuerpo, es inexorable en lo que demanda de agentes terapéuticos correctos y bien definidos que sean aplicados a tipos de enfermedades mentales también bien definidos", "Indications et mécanisme de l'abréaction et ses relations avec les thérapeutiques de choc", *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1950, p. 614.

96 *Ibid.*, p. 295. Agregan: "A veces, incluso, esta última es inútil, dado que el paciente se restablece gracias a sus propios mecanismos psicológicos", p. 295.

97 J. Delay, en *ibid.*, p. 297.

98 J. Rouart, Dépression et problèmes de psychopatologie générale", artículo citado, p. 459.

99 J. Mallet, "La dépression névrotique", *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 483. Agrega: "Me parece en verdad impresionante que Freud, admitiendo completamente la existencia de depresiones melancólicas, apenas se halla detenido en ellas", p. 485. Según Freud, un acceso melancólico puede sobrevenir en una neurosis obsesional o histérica: "Las causas desencadenantes [...] engloban todas las situaciones en las que se ha sufrido un perjuicio, una

no es una enfermedad, el electroshock es inútil. Es más a menudo una reacción de tipo histérico frente a un género de acontecimientos precisos: las decepciones. "Son vividas como una pérdida de la estima de sí o bien, incluso, como la pérdida de aportes exteriores que rechazan la estima de sí."[100] La noción de depresión implica pérdida, baja o caída. Alcanza un blanco preciso: la estima de sí. El deprimido responde a las decepciones por medio de reproches que dirige a otros o a sí mismo. Estas formas banales difieren netamente de la melancolía: "el neurótico procura ante todo ocultarla, mientras que ésta se expresa ruidosamente en las autoacusaciones más o menos delirantes de la melancolía".[101] El primero siente vergüenza de ella, el segundo la exhibe en la pérdida de sus instintos de vida. Ahora bien, la estima de sí está ligada, para los psicoanalistas, a una "particular condición dolorosa", según escribía Freud, que no es la angustia, pues ésta no señala ningún peligro, sino "una reacción por la pérdida del objeto en sí mismo". Este dolor, que llama "narcisista" "actúa, por así decirlo, sobre el Yo, vivificándolo".[102] Narcisismo-estima de sí: una dupla todavía marginal en este período, al menos en el psicoanálisis francés. Será el punto nodal de las controversias psicoanalíticas sobre la depresión en los años de la década de 1970.

Solamente si no se acepta, como Ey, la distinción neurosis-psicosis, es lógico afirmar que los tratamientos de shock sirven en todos los tipos de depresión, pues el argumento es diferente. El cuadro clínico del paciente con una depresión neurótica "da la ilusión al médico de estar frente a un estado depresivo perfectamente "comprensible".[103] Ilusión, pues el médico no ve que lo importante reside, no entre la distinción entre una melancolía y otros estados, sino en la definición de lo patológico: el electroshock es eficaz en la medida en que la endogenética es el origen del mal.[104] A la "imposibilidad de ser" del melancólico responde "una inseguridad del ser" que es la trama permanente de la existencia en los otros casos.

Pero un problema suplementario se plantea aquí. En efecto, la distinción depresión neurótica-melancolía es insuficiente pues existen numerosas formas atípicas o formas de transición entre las dos categorías: "las depresiones

humillación, una decepción", "Deuil et mélancolie", en *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 161.

100 J. Mallet, artículo citado, p. 487. "Del hecho de su narcisismo residual (que les hacen asignar a sus actos psíquicos un valor exagerado), los neuróticos reaccionan a sus propios deseos como las personas normales reaccionan a sus propias acciones. La culpabilidad da lugar a la dependencia en la estructura histérica como ésta da lugar a los autotormentos en la estructura obsesional", pp. 490-491.

101 *Ibid.*, p. 483.

102 S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, *op. cit.*, p. 83.

103 H. Ey, "Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique", artículo citado, p. 547.

104 "La endogenidad «en la depresión» [...] aparece como un rasgo fundamental en los dos casos, *ibid.*, p. 535. "Este «fondo depresivo» [...] hace del enfermo este neurasténico, este «ansioso», este «deprimido», este «asténico», cuyo estado del alma está verdaderamente «desviado» hacia la angustia", *ibid.*, p. 548.

simples, las depresiones histéricas, las obsesivas; las melancolías de formas diversas: agitadas, de tipo mixto, delirantes, esquizofreniformes, fantásticas, estuporosas".[105] Ahora bien, para el autor de esta contribución, esta floración depresiva cede ante el electroshock.

Si bien no existen dudas sobre los progresos terapéuticos, la cuestión nosográfica continúa intacta. La prueba terapéutica no parece equivaler a una disección farmacológica: las entidades clínicas no están mejor delimitadas. La constatación es general: "los deprimidos no se parecen nada más que en la apariencia."[106] El calificativo "estado depresivo" posee un valor práctico negativo: es un medio de identificar trastornos variados, pero semejantes por un aire de familia que los reagrupa en el seno de una entidad "crucial", como escribe en 1949 el Dr. Le Mappian. Todo esto aparecerá claramente en las discusiones en el congreso mundial de 1950 y en el simposio de *L'Evolution psiychiatrique* de 1954. Volvemos a encontrar aquí uno de los problemas constantes de la psiquiatría desde la invención de los primeros tratamientos "eficaces": se cura cada vez mejor, quizá, pero no se acuerda ni sobre lo que se cura ni sobre las razones de la eficacia de una terapia.

El punto sensible es la interpretación del lugar de la timia y de la endogénesis en las neurosis. Se pueden distinguir dos modelos. El primero es la dupla electroshock-melancolía: la terapéutica debe aplicarse a entidades bien definidas para ser eficaz, y estas entidades no son neuróticas. La segunda es no específica: importa solamente el desarreglo del humor, ya que revela lo orgánico, como piensa Ey,[107] o un acontecimiento desencadenante, sin que las funciones inferiores –el fondo tímico– sean afectadas. Estos dos modelos van a servir para responder a una cuestión que la invención de los antidepresivos fuerza a plantear: ¿se puede distinguir en las neurosis las depresiones de tipo endógeno de otras de tipo exógeno?

A comienzos de la década de 1940, los tratamientos de shock son terapéuticas específicas de la melancolía con efectos secundarios importantes. Con posterioridad, son ampliamente empleados por los psiquiatras hospitalarios para todas las enfermedades mentales, fuera de todo cuadro nosográfico, al menos cuando los síntomas alcanzan una intensidad tal que parece necesaria una

105 J. Laboucaire, "Discussion", p. 565. Estima eficaces los tratamientos de shock en todas las depresiones a partir de su experiencia de dos mil casos. De allí "el carácter artificial de la oposición establecida entre depresión melancólica y depresión neurótica. Por cierto, se constatan diferencias en la rapidez y el grado de sus resultados, en función precisamente de la estructura de la personalidad subyacente. Se puede decir que el electroshock actúa sobre los trastornos de la conciencia depresiva, pero no modifica el trastorno de la personalidad", discusiones sobre los informes presentados en *ibid*., p. 568.

106 M. Le Mappian, artículo citado, p. 222.

107 Ey ve una confirmación jacksoniana en "los múltiples efectos observados bajo la influencia de la *terapéutica por el shock* en la evolución de las psicosis. Se trata aquí, agrega, de una terapéutica no específica que transforma los cuadros clínicos". *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale, op. cit.*, p. 154. Subrayado por Ey.

intervención médica. Por cierto, el electroshock hace correr ciertos riesgos al enfermo (fracturas) en los comienzos de su utilización, pero el uso del curare para descontracturar la musculatura y la narcosis bajo barbitúricos, recomendados por Delay desde 1943 para calmar la ansiedad del enfermo antes del tratamiento, los reducen ampliamente. A partir de entonces, su indicación puede extenderse. A finales de la década, se aplican a los trastornos mentales más diversos, y su eficacia parece disminuir a medida que aumenta la cercanía a estados de normalidad o, lo que es lo mismo, cuando no es claro el carácter endógeno del mal.[108] El mismo tipo de discusiones y el mismo proceso de extensión que se produce con los antidepresivos.

108 P. Delmas Marsalet evoca "estas psicosis reaccionales depresivas, que no son más que la exageración de las reacciones afectivas normales, a las cuales fácilmente calificaremos como «psicosis legítimas» subrayando que su resistencia mayor a la electroterapia marca simplemente que se sitúan en los confines entre lo normal y lo mórbido". *Premier Congrès mondiale de psychiatrie, op. cit.* pp. 99-100. Dos psiquiatras americanos estiman, en 1948, que "la terapéutica del shock se utilizó cuando los enfermos, a causa de su agitación, su depresión o su delirio, ya no resultaban accesibles a la psicoterapia, estaban incapacitados para tener una participación útil en su medio y eran, por sus reacciones y sus ideas, peligrosos para ellos mismos y para los demás", Rickles y Polan, *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 59, p. 337, citado por G. Daumézon, artículo citado, p. 250.

Capítulo III

LA SOCIALIZACIÓN DE UNA PATOLOGÍA INDEFINIBLE

A partir de la invención de los antidepresivos y de los ansiolíticos, la escena médica y social de la depresión se amplía considerablemente. La posibilidad de mejorar el humor doloroso con moléculas permite a un número creciente de psiquiatras instalarse en la medicina liberal y generalista para responder a las afecciones que experimenta desde mucho tiempo atrás su clientela. Estas últimas, sin embargo, deberán componer con las incertidumbres los útiles psiquiátricos. La industria farmacéutica entra en juego.[1] Los medios del mismo modo: las revistas lo repetirán a porfía a partir de finales de los años de la década de 1950: la depresión puede alcanzar a los más saludables. Se tranquiliza al público: ni enfermedad mental, ni enfermedad imaginaria: he aquí la consigna.[2] La sospecha que pesaba sobre los simuladores y otros enfermos imaginarios declina. Entre 1965 y 1970 la depresión se convierte en una realidad cotidiana de la medicina general.[3] La depresión se socializa y la vida psíquica sale de su halo de oscuridad.

1 Anteriormente, no había otra cosa que barbitúricos. Jacques Gasser está próximo a concluir un trabajo sobre su papel en las prescripciones hospitalarias a partir de la década de 1920, en Suiza. Su importancia estuvo lejos de ser desdeñable. Sobre las estrategias de las industrias en la constitución de los mercados de la depresión en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, así como sobre las relaciones entre éstos y la investigación, véase el reciente libro del psiquiatra británico David Healy, *The Antidepressant Era*, Cambridge (Mass.)-Londres, Harvard University Press, 1997 (curiosamente, la obra no ha estado disponible más que a finales de marzo de 1998). Es, de acuerdo con lo que sé, el primer trabajo profesional sobre la historia de los antidepresivos y de la depresión. Healy se apoya a la vez sobre la literatura psiquiátrica y sobre numerosas entrevistas que mantuvo con los investigadores y los clínicos que se han dedicado a la psicofarmacología desde los años cincuenta. Véase su colección de entrevistas: D. Healy: *The Psicofarmacologists*, Londres, Altman, 1996. Un segundo volumen se ha publicado en 1998. Entre los franceses, sólo Pierre Pichot y Thérèse Lempérière aparecen aquí.

2 Este tema se desarrollará en el capítulo siguiente.

3 En 1965, Henri Ey escribe en un balance de la psiquiatría: "El practicante se vuelve cada

La locura es a la vez misteriosa y espectacular, la depresión es discreta, sutil: su presencia se hace sentir, pero sin ruido, porque los pacientes deprimidos mantienen su razón. La psiquiatría emplea indiferentemente el vocablo "depresión" en singular y en plural, o la expresión "estados depresivos". Los deprimidos no se parecen nada más que en la apariencia, pues el mal del cual están afectados está en la encrucijada de diversas categorías patológicas ¿Cómo reconocerlas? ¿Cómo diferenciarlas para su buen tratamiento? Detrás de sus dudas, sus obsesiones o sus fatigas ¿de qué patología sufren estos pacientes? ¿Es necesario referir sus patologías a una neurosis traumática? ¿A una psiconeurosis de defensa resultante de un conflicto psíquico?, etc. Estas cuestiones, los psiquiatras las plantean permanentemente.

Solamente las depresiones parecen plantear problemas particulares. En primer lugar, entidades entrecruzadas, sus definiciones crean notables dificultades. En segundo lugar, dado que los antidepresivos no actúan con la misma eficacia sobre cada uno de los síndromes afectivos, es necesario encontrar las diferencias pertinentes. En tercer lugar, al restaurar el humor ¿no modifican las percepciones, los modos de ver las cosas, las imágenes de sí mismo, todo aquello que compone una "personalidad"? Los antidepresivos hacen surgir una dificultad nueva, la de las relaciones entre neurosis y depresión: diferenciar el trastorno del humor que se *tiene* de la personalidad trastornada que se *es* constituye el tema clave. Distinguir y poner de relieve el sujeto que se es y la enfermedad que se tiene es el inextricable problema que ha seguido la historia de la depresión.

Cuando el síndrome se supera ¿se modifica la personalidad? Si es así ¿es de la misma manera que con el psicoanálisis? Si todo el mundo puede hacer una depresión, no importa de qué tipo se trate, dicen los psiquiatras. Entonces ¿qué es lo que provoca *alguna* patología? La "elección" del tipo de depresión constituye todo el hecho central en los debates que deberemos analizar. En torno de la noción de "personalidad" se forma una tripartición que va a dominar la nosografía y el diagnóstico durante una veintena de años: depresión endógena, depresión exógena y depresión psicógena. Esta tripartición permite dejar de lado, a su vez, varias relaciones entre el afecto y el sujeto. Precisiones que una neta ambigüedad instaura entre las dos últimas categorías. Se ha visto que para Freud la psicogénesis es una organogénesis –las relaciones entre generaciones que se sustituyen en la herencia. La psicogénesis será cada vez más asimilada a exógeno.

vez más consciente del hecho psiquicopatológico y del "componente" psíquico de las enfermedades". "Perspectives actuelles de la psychiatrie", *La Revue du praticien*, número especial *L'Année de praticien*, tomo XV, 7 de diciembre de 1965, p. 72.

Una imposible definición

"La angustia es lo que no engaña", escribía Jacques Lacan.[4] Por el contrario, la depresión es engañosa. Un hecho impresiona rápidamente al investigador que consulta la literatura psiquiátrica y médica: la dificultad de definir la depresión.

En el primer número especial de la *Revue du praticien* consagrada a los estados depresivos en 1963, los médicos generalistas son prevenidos: "Es éste un trastorno desprovisto de toda especificidad, ya que se trata del denominador común de la mayor parte de las afecciones psiquiátricas."[5] Pierre Deniker, el "patrón" de la psicofarmacología en Sainte-Anne, estima en 1966 que "el término «depresión» usado corrientemente en nuestros días, cubre a menudo hechos muy dispares".[6] Este carácter dispar es una constante hasta nuestros días. En 1978, un especialista en bioquímica de la depresión lo repite: "El vocablo depresión es un término genérico, vago, que cubre una multitud de síndromes que se pueden clasificar según la semiología, la evolución, la genética, la bioquímica y la respuesta a diversas terapéuticas. Cada uno de estos grupos puede dividirse sin que ello implique un recorte al grupo siguiente."[7] En 1985, se acepta con resignación que "la depresión sigue siendo [...] un concepto de contornos fluidos. Lo que se sabe, al menos, es que es «lo que curan los antidepresivos»". De allí que "el empirismo siga siendo preponderante en la elaboración de las conductas terapéuticas de la depresión".[8] Todavía en 1996 consta lo siguiente: "El concepto de depresión sigue siendo fluido". E incluso se agrega: "Sigue vigente la fórmula según la cual sabemos tratarla cada vez mejor, pero cada vez menos lo que tratamos."[9] Pero ¿qué se trata mejor si no se sabe lo que se cura? ¿Según qué criterios se establece que hay curación? Fluidez y heterogeneidad, cuarenta años después del descubrimiento de los antidepresivos, la psiquiatría apenas pudo producir una teoría de la depresión.

En 1976, en "una revista de la confusión contemporánea" en materia de clasificación de la depresión, Robert E. Kendell, profesor universitario de

4 J. Lacan, *L'Angoisse*, seminario 1962-1963, lección del 19 de junio de 1963.

5 D Laplane "Avant propos" al número especial de la *Revue de praticien*, consagrado a los "Síndromes depresivos", 1° de octubre de 1963.

6 P. Deniker, *La Psicopharmacologie*, PUF, colección "Que sais-je?", 1966, p. 98. Veinticinco años más tarde, dos psiquiatras de Sainte-Anne piensan que es un término "relativamente nuevo". H. Lôo y P. Lôo, *La Dépression*, Paris, PUF, colección "Que sais-je?", 1991, reedición 1993, p. 6.

7 D. Moussaoui, "Biochimie de la dépression. Analyse de la littérature", *L'Encéphale*, n° 4, 1978, p. 212.

8 J.C. Scotto et al.: "Stratégie thérapeutique devant une dépression", *La Revue du praticien*, tomo XXXV, n° 27, 11 de mayo de 1985, p. 1633. En este mismo número, Daniel Widlöcher explica: "Lo que hace difícil el análisis epidemiológico en el dominio de la depresión es, todavía más que en otros dominios de la patología, que la definición del "caso" es particularmente delicada", p. 1613.

9 J.-C. Scotto, "Editorial", *L'Encéphale*, XXII, número especial I, mayo de 1996, p. 1.

Edimburgo, estima que "durante los últimos cincuenta años, y particularmente en los veinte más recientes [es decir, desde la invención de los antidepresivos] innumerables clasificaciones de la enfermedad *(illness)* depresiva se han propuesto [...] Esto se conoce demasiado para repetirlo. Sin embargo, las afirmaciones y las proposiciones conceptuales, como también los problemas metodológicos son tan evanescentes que aquellos que no están íntimamente implicados tienen crecientes dificultades para comprender lo que pasa [...] Que casi cada forma de clasificación lógicamente posible haya sido sostenida por cada uno a lo largo de estos veinte últimos años es testimonio de la complejidad y de la absurdidad de la situación presente". Las clasificaciones de la época se distribuyen entre una concepción unitaria y nueve tipos de depresión. Kendell estima que, si existe semejante competencia entre criterios de clasificación, es que la depresión "proporciona una escena oportuna a las disputas que tratan a la naturaleza y a las clasificaciones de las enfermedades mentales consideradas en su conjunto".[10] ¿Se trata de enfermedades caracterizadas o de reacciones excesivas frente a situaciones? ¿Son entidades independientes o conceptos arbitrarios? ¿Se las debe clasificar sobre la base de sus síntomas, de su etiología o de su patogenia?, etc. La sustancia misma de la depresión está sujeta a desacuerdos. "Los límites, agrega, entre depresión y tristeza, enfermedad depresiva y estados ansiosos, psicosis afectivas y esquizofrenia, depresión recurrente y trastorno de la personalidad son todas arbitrarias y están mal definidas."[11] He aquí claramente enunciada, por parte de un psiquiatra británico de notoriedad internacional, la perplejidad en la que nos sumerge la depresión cuando se pretende aferrarla intelectualmente.

Desde Kendell, la clasificación (y la concepción) de las enfermedades mentales ha sido enteramente renovada bajo los efectos de los trabajos americanos. Su propósito era poner orden en los desacuerdos diagnósticos.[12] Herman van Praag, quien fue apodado *"el Señor Psiquiatría Biológica"* en Holanda, y uno de los líderes mundiales de la depresión, escribe en 1990: "Desde hace treinta años, la confusión domina la clasificación de las depresiones [...] Bien considerada, agrega, la situación actual ha empeorado. En su época, los psiquiatras sabían al menos que reinaba el caos diagnóstico [...] En nuestros días, este caos se ha codificado y la confusión se disimula así."[13] Estas

10 R. E. Kendell, "The classification of depressions: a review of contemporary confusion", *British Journal of Psychiatry*, nº 129, 1976, p. 15.

11 *Ibid.*, p. 16.

12 Las posiciones frente a esta transformación serán examinadas en el capítulo V.

13 H. Van Praag, "The DSM-IV (depression) classification: to be or not to be?", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 78, nº 3, marzo de 1990, pp. 148-149. El artículo aparece en el momento en que se hallaba en preparación la cuarta versión del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Se publicará en 1994. En las revistas destinadas a la medicina general se encuentra la misma dificultad. Así, en un *dossier* sobre la depresión en *Impact Médecin Hebdo* del 11 de octubre de 1996: "La principal dificultad y la mejor documentada reside en la definición [subrayado en el artículo] de la enfermedad depresiva. En efecto, a pesar de los progresos realizados desde la introducción y la difusión de las clasificaciones

constataciones no son establecidas por personas ajenas al campo psiquiátrico. Los estados depresivos están desprovistos, entonces, de toda especificidad: sus síntomas son de una diversidad sorprendente; el término "depresión" es vago, ya que designa, si no un humor triste, al menos una alteración "anormal" del humor, para la cual no se ha encontrado falla biológica alguna y, para concluir con toda esta extravagancia, no se sabe de qué se trata, pero sí que se la cura mejor ¿Qué es la depresión? ¿Un invisible fantasma? ¿Una increíble ilusión colectiva? No es posible contentarse con una respuesta tan simple.

El único trastorno mental que es tan heterogéneo como universal

¿Por qué esta dificultad? La heterogeneidad está lejos de ser monopolio exclusivo de la depresión. Para no considerar nada más que un ejemplo, es también el caso de la histeria, cuya florescencia de síntomas orgánicos, psicológicos y de comportamiento es absolutamente única ¿No ha sido apodada también "la enfermedad inasible"?[14] Sin embargo, ello no implica más que problemas de definición y de diagnóstico. Su status de enfermedad no suscita objeción alguna.

Un segundo rasgo es particular de la depresión: su universalidad, rasgo que comparte solamente con otra patología: la ansiedad.[15] En este caso, al contrario de la depresión, se trata de una enfermedad poco heterogénea y fácilmente diagnosticable. En la medida en que la ansiedad se encuentra también en la mayor parte de las patologías, plantea, igualmente, la cuestión de los límites de lo patológico. Así, Donald Klein, uno de sus más grandes especialistas mundiales, recuerda que se trata de "una respuesta adaptativa e incontrolable ante un peligro anticipado. En la medida en que la vida nos enseña a conocer un gran número de peligros, la aparición de sensaciones poco habituales de ansiedad no sería nada más que el reflejo de una experiencia de aprendizaje inhabitual".[16] Desde esta perspectiva, algunos autores han criticado su medicalización –es contra lo que argumenta el propio Klein–.[17] Se

diagnósticas internacionales de las enfermedades (DSM, ICD), los resultados no son siempre homogéneos de un estudio a otro", p. IV, suplemento de Formación médica continua.

14 M. Micale *op. cit.*, y M. N. Evans, *op. cit.*

15 "Sin duda alguna, se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más comunes", escribe Heinz Lehmann, "Epidemiology of depressive disorders", en R.-R. Fieve (editor), *Depressions in the Seventies. Modern Theory and Research*, New York, Excerpta Medica, 1970, p. 21.

16 D.-F. Klein, "La physiologie et les troubles anxieux", en L. Chneiweiss y E. Albert (dir.), *Stress et anxiété: les faux-semblants*, Laboratoires Upjohn, sd (1993), p. 95.

17 El argumento de Klein liga prueba terapéutica y disección farmacológica: "Un gran número de manifestaciones patológicas [...] son totalmente bloqueadas por tratamientos apropiados, en tanto que el temor corriente y la sensibilidad social no se modifican", *ibid.*, pp. 98-99. Klein demostró, en 1964, que una forma de ansiedad, el ataque de pánico, resultaba especialmente sensible a la imipramina (el primer antidepresivo). A partir de sus trabajos, la neurosis y la angustia de Freud será desmembrada en dos síntomas: el ataque de pánico y el trastorno de ansiedad generalizado. Por otra parte, Klein da cuenta de que los trabajos sobre la ansiedad generalizada evidencia una cierta confusión con las depresiones.

contenta con observar las funciones positivas cumplidas por la ansiedad (señal de peligro o de prohibición). ¿Y la depresión? Heinz Lehmann, que introdujo el primer neurolítico en América del Norte a comienzos de la década de 1950, estima que "la ansiedad es un fenómeno a tal punto omnipresente que parece fútil estimar su prevalencia en la población general, si no es para hablar en los términos del bien conocido *slogan* de que nuestro tiempo es una edad de ansiedad. La depresión, por su parte, opera un cesura (*cut-off*) más fuerte entre lo normal y lo patológico. Es también más mortífera que la ansiedad".[18] Se ve bien por qué la ansiedad, a la cual resulta delicado asignarle límites propiamente patológicos y que no conduce al suicidio, se mantiene más cerca del síntoma que la depresión.

La confusión que reina al considerar la depresión resulta entonces de una combinación entre la *heterogeneidad extrema*, como la histeria, y de *universalidad máxima*, como la ansiedad, este trastorno tan fácilmente reconocible. Aquí se encuentra la clave de su imposible definición.

La depresión y la ansiedad revelan afectos, emociones inherentes a lo humano, lo que Freud, recordemos, designa como "sentimientos del Yo". Partes de nuestra constitución normal,[19] no son patologías más que a partir de cierta intensidad, a diferencia de la histeria, o de la esquizofrenia, que no necesitan de estos cálculos.

Pero ¿es suficiente la intensidad de la afección para caracterizar la patología? ¿El antidepresivo puede jugar un papel de disección farmacológica?

La obra sin duda más citada en Francia de la década de 1960, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie,* publicada en 1961 por Jean Delay y Pierre Deniker puede servir como hilo de Ariadna. Al distinguir entre dos tipos de depresiones, "neurótica" (o simple) y "endógena", los autores agregan: "La dificultad diagnóstica más grande se encuentra cuando la depresión endógena toma la forma de una simple depresión."[20] El cáncer que va a roer la nosografía y el diagnóstico de las depresiones da comienzo cuatro años después con el descubrimiento de los antidepresivos. Pero en el curso del período que examinamos, este cáncer es "sufrido" por la reflexión psicopatológica y la creciente referencia al psicoanálisis.

Al presentar un largo artículo en 1961, en *L'Encéphale,* André Green ubica al psicoanálisis como la disciplina que "esclareció los fundamentos de la psicopatología, ciencia piloto de la terapéutica psiquiátrica. Hace todavía algunos años, agrega, esta evolución paralela de la terapéutica biológica y de la terapéutica psicológica prácticamente no conocía aún un lugar de convergencia. El advenimiento de la quiomioterapia ha puesto en práctica rápidamente los numerosos problemas de su utilización conjunta".[21] ¿Qué problemas prácticos ha resuelto la invención de los medicamentos del espíritu? ¿Qué psicopatología es susceptible de resolverlos?

18 H. Lehmann, *op. cit.* p. 122. El síndrome depresivo hace más temible la tentativa de suicidio que el síndrome de ansiedad.

19 Se recordará que el héroe de *El Extranjero,* de Albert Camus, no experimenta ninguna emoción ante la muerte de su madre, lo cual será una circunstancia agravante durante su proceso. Aquí, la ausencia de tristeza y de dolor moral son, precisamente, signos patológicos.

20 J. Delay y P. Deniker, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes,* Paris, Masson, 1961, p. 317.

Apaciguar la agitación maníaca, restablecer el humor depresivo

¿Qué quiere decir hacer ceder un trastorno mental? ¿En qué condiciones una conciencia anormalmente perturbada puede considerarse curada? Calmar la angustia *sin dormir,* estimular *sin euforizar,* y en los dos casos con riesgos reducidos de acostumbramiento, he aquí la "revolución" que permitieron los neurolíticos y antidepresivos.[22] Por primera vez en la historia de las enfermedades mentales se inventa un verdadero medicamento, moléculas que devuelven a la persona una libertad de pensamiento, de emoción y de movimiento corporal suficiente como para aproximarse a la normalidad de comportamiento. Los psiquiatras no pueden creer lo que ven sus ojos. En efecto, hasta la invención de los neurolíticos, de los ansiolíticos y de los antidepresivos, se conocían los sedantes que calmaban pero dormían, como los barbitúricos, y los excitantes que estimulaban pero euforizaban, como las anfetaminas. Peor aún, las sustancias empleadas comportaban riesgos de acostumbramiento no desdeñables.

En nuestros días, a más de cuarenta años de distancia, cuando los medicamentos psicotrópicos son un elemento cotidiano de nuestras sociedades, cuando ya nos hallamos aculturados en el lenguaje del sufrimiento psíquico, nos parece que estas quimioterapias no son más que la máscara de las drogas socializadas. La intensidad polémica resulta de nuestra creencia de que ellas implican una desaparición posible del sujeto. Ahora bien, ocurre exactamente lo contrario de lo que cada uno pensaba en esa época: la molécula es una condición para restaurar el sujeto. Es necesario remitirse al ambiente, comprender el asombro de los psiquiatras: la cuestión del efecto de los medicamentos es el hilo conductor de los debates diagnósticos, nosográficos y terapéuticos.

La paz del espíritu

Si el electroshock es el tratamiento predilecto de la melancolía, la excitación maníaca y la manifestación delirante de la angustia todavía no tienen su remedio. Los humores angustiados o abatidos, sin embargo, no constituyen el interés de los psiquiatras, como la demuestra la génesis del primer neurolí-

21 A. Green, "Chimiothérapies y psychothérapies (Problèmes posés para les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique)", *L'Encephale,* nº 1, 1961, p. 32. Se trata de un extenso estudio de más de setenta páginas.

22 Dejo a un lado la cuestión de los ansiolíticos porque, en general, se los considera medicamentos sintomáticos. Cf. J. Delay y P. Deniker, *op. cit.*, p. 432, entre otros.

tico. Sí le interesan, en cambio, a los cirujanos: cuanto mayor es la angustia del enfermo antes de la operación, mayor es la cantidad de anestésico que es necesario inyectarle. Pero ello puede implicar un shock postoperatorio y, eventualmente, el deceso del paciente. Es precisamente sobre este problema que trabaja el cirujano militar y anestesista Henri Laborit.[23]

Un equipo de investigadores de Rhône-Poulenc intentaba sintetizar derivados de una molécula llamada fenotiazina, a fin de encontrar medicamentos contra la malaria. Uno de sus derivados tenía una particularidad: efectos secundarios sedantes e hipnógenos más acentuados. Rhône-Poulenc decidió entonces buscar una molécula poseedora de esos efectos como acción central. Henri Laborit utilizaba este derivado en la anestesia preoperatoria porque permitía disminuir la cantidad de anestésicos utilizados o, dicho de otro modo, potencializarlos. Por su parte, Paul Guiraud había empleado esta molécula con éxito, según parece, en veinticuatro esquizofrénicos.[24]

Esta molécula (la clorpromazina) se sintetizó en diciembre de 1950. Los experimentos animales muestran que tiene un efecto de "descondicionador psíquico".[25] En junio de 1951, Rhône Poulenc pone el producto a disposición de Laborit, que publica sus resultados en febrero de 1952: "No provoca ninguna pérdida de conciencia, *ninguna alteración del psiquismo,* sino solamente alguna tendencia a la somnoliencia y, *sobre todo, un "desinterés"* del enfermo por lo que pasa a su alrededor [...] Estos hechos dejan prever ciertas indicaciones para el empleo del producto en psiquiatría."[26] Laborit no sólo toma nota de las posibilidades del uso de la molécula, él mismo toma la iniciativa de hacerla experimentar en el hospital de Val-de Grâce: un joven psicótico de veinticuatro años, internado en dos ocasiones en las que había sufrido en vano dos curas de electroshock y unos quince comas insulínicos, el 19 de enero de 1952 recibe una inyección de 50 miligramos que lo calma de inmediato.

23 A. Caldwell, *Origins of Psychopharmacology. From CPZ to LSD*, Springfield, Charles C. Thomas, 1970. Desgraciadamente, la obra no aborda el contexto institucional. J.P. Swazey, *Chlorpromazina in Psychiatriy. A Study of Therapeutic Innovation*, Cambridge (Mass.) and London, MIT Press, 1974. Este libro resulta de interés por estudiar los comienzos del uso de neurolíticos en los servicios psiquiátricos. Una segunda línea de neurolíticos iba a darse a conocer con los derivados de la reserpina, en 1954. Es inútil volver a contar aquí la historia de esta obra desde el punto de vista de sus objetivos.

24 A. Caldwell, *op. cit.*, p. 21. Paul Guiraud lo reseña en una publicación de 1950. Manifiestamente, no había estado en el congreso mundial celebrado ese año.

25 La síntesis la consige el químico Paul Charpentier. Seguidamente, Simone Courvoisier realiza los tests farmacológicos y presenta una comunicación al coloquio de 1955, "Sur les propriétés pharmaco-dynamiques de la chlorpromazina en rapport avec son emploi en psychiatrie", *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 5, 1956. Describe los reflejos condicionados que el equipo ha tratado de crear por medio de experimentaciones animales: se probaron sus funciones de "decondicionamiento psíquico" (p. 1255) "conformándonos lo más exactamente posible a las reglas enunciadas por Pavlov" (p. 1249).

26 H. Laborit, P. Huguenard, R. Alliaume, "Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 RP)", *Presse médicale*, n° 60, 13 de febrero de 1952, citado por A. Caldwell, *op. cit.*, p. 135. El subrayado es mío.

Abandona el hospital después de menos de tres semanas de tratamiento.[27] El jefe de servicio presenta una comunicación sobre el caso algunos días después, la cual se publica en marzo. El paciente se mantiene tranquilo, pero no pierde la conciencia: se diferenciaba así el efecto sedante del efecto hipnótico, confundidos hasta entonces en el caso de los barbitúricos que calmaban y dormían. Jean Delay emplea la molécula en marzo. La administra en dosis repetidas y obtiene los mismos resultados espectaculares.[28] El medicamento es mucho más que un calmante de los estados de excitación; posee una acción neuropsíquica que Delay define de la manera siguiente: "La indiferencia aparente o el retardo de la respuesta a los estímulos exteriores, la disminución de la iniciativa y de las preocupaciones sin alteración de la función vigilia ni de las funciones intelectuales constituyen el síndrome psíquico del medicamento."[29]

Esta acción consiste en una tranquilidad *sin* efecto de adormecimiento o de estupor.[30] La molécula engendra una paz del espíritu (ataraxia) y disminuye la intensidad de la agitación nerviosa (en la cual posee una acción neurolítica): la conciencia encuentra sus poderes –la vigilia, la inteligencia y el afecto ya no se alteran. Es verdaderamente un medicamento que restaura los poderes del espíritu y no una droga. Numerosos psiquiatras estarían poco dispuestos a admitirlo, porque las sustancias que hasta entonces habían tenido a su disposición, como el opio, los barbitúricos y las anfetaminas, eventualmente aliviaban al enfermo, pero alteraban su psiquismo: no restauraban al sujeto en su plenitud. Heinz Lehmann, que procede a los primeros ensayos norteamericanos en 1953, recuerda su asombro: "Una cosa semejante no se había producido jamás en el caso de la esquizofrenia. Jamás había visto algo así, y ningún manual mencionaba tal posibilidad."[31] Agrega que, a pesar de estos

27 A. Caldwell, *op. cit.*, p. 41. H. Laborit, *La Vie antérieure*, Paris, Grasset, 1989, p. 106. Existe una disputa respecto de la paternidad del descubrimiento de la acción psicotrópica central de la clorpromazina, sobre la cual no me pronunciaré (el libro de Caldwell es "pro-Laborit"). En todo caso, Laborit recibirá el premio Lasker por sus trabajos en anestesiología y Delay por sus trabajos en psiquiatría.

28 Para una descripción de este efecto "espectacular", véase, por ejemplo, C.-L. Zirkle, "To tranquillizers and antidrepessant. From antimalarial and antihistamines", en F.H. Clark (editor), *How Modern Medicines are Discovered*, Futura Publishing Company, sl, 1973. T. Kammerer *et al.* se muestran menos impresionados, dado que la superioridad frente al electroshock no resultaba tan evidente, en Lambert, *op. cit.*, p. 33. Varias comunicaciones al *Premier Colloque international sur la chlorpromazina et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique* manifiestan un entusiasmo mitigado. Véase, por ejemplo, A.-M. Rance, A. Jurquet y J. Roger, *L'Encéphale*, n° 4, 1956.

29 J. Delay, P. Deniker, J.-M. Harl, comunicación presentada el 26 de mayo de 1952, citada por J. Delay y P. Deniker *op. cit.*, p. 21.

30 W. Overholser: "Los barbitúricos, al calmar por completo al paciente, lo hacen en detrimento de su conciencia y llegan a ponerlo incluso en un estado de estupor." "La chlorpromazine ouvre-t-elle une ère nouvelle dans les hôpitaux psychiatriques?" *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, n° 4, *op. cit.*, p. 313.

31 H.-E. Lehmann, "L'arrivée de la chlorpromazine sur le continent nordaméricain", *L'Encéphale*, n° XIX, 1993, p. 58.

resultados espectaculares, tras ensayar el medicamento en esquizofrénicos crónicos, le llevó dos años aceptar francamente la idea de que no se trataba solamente de efectos calmantes sobre la angustia, sino de un auténtico efecto sobre los síndromes esquizofrénicos.

Si la acción antimaníaca es advertida desde un comienzo, serán necesarios dos años para que la acción antidelirante sea aceptada por los profesionales. Sin duda, la tradición de las curas de sueño para apaciguar a los enfermos, y el hecho de que esta molécula haya sido descubierta en anestesias han llevado a pensar, en un primer momento, que se trataba ante todo de un tranquilizante, una forma de "hibernación artificial". La cualificación de los efectos clínicos es muy vacilante. Delay las designa, en un comienzo, bajo el nombre de "síndrome neuropsíquico", y emplea indiferentemente, desde un principio, los vocablos de neurolepsia o de psicolepsia. El lenguaje oscila entre la referencia al sistema nervioso y a la psiquis. "Uno se sorprende, escribe Pierre Deniker en 1975, de la diversidad de términos inventados para calificar lo que era nuevo pero difícil de definir. Gangliopléxico, potencializador, estabilizador vegetativo, neurolítico, neuropléxico, psicoléxico, narcobiótico, ataráxico y tranquilizante se propusieron sucesivamente."[32] El vocablo "neuroléptico" fue adoptado en Francia en 1954 por Delay y por Deniker, porque es la acción neurológica la específica del medicamento. "Se impuso no sin reticencias, precisa Deniker, tanto en el vocabulario de los farmacólogos como en el de los clínicos"[33] (en los Estados Unidos se empleará el calificativo "tranquilizante" luego, "tranquilizante mayor", cuando hicieron su aparición las benzodiazepinas). Se advierte la dificultad de precisar los efectos de un medicamento del espíritu cuando la evaluación no puede apoyarse en una tradición.[34] Este punto resulta crucial en lo que hace a patologías mentales, pues demuestra hasta qué punto responder a cuestiones tales como ¿qué se cura?, ¿cómo se cura?, no es algo evidente si no se quiere involucrar en el detalle la reflexión de los psiquiatras.

Al abrir el coloquio internacional de 1955 sobre los neurolépticos que se organiza en París, Delay reconoce una deuda: "Pierre Janet, en sus estudios sobre la tensión psicológica, había creado el vocablo "psicolepsia" para indicar la caída de la tensión psicológica. Es por analogía que hemos propuesto el término "neurolepsia" para indicar esta caída de la tensión nerviosa o neurovegetativa que condiciona en parte la tensión psicológica y que corresponde a la acción clínica de los medicamentos que producen esencialmente una liberación."[35] La acción del medicamento se refiere a un modelo deficitario de la enfermedad (caída de la tensión, de la alarma). En la clausura del mismo

32 P. Deniker, "Qui a inventé les neuroleptiques?", *Confrontations psychiatriques*, nº 13, 1975, p. 12. Esta edición, consagrada a "Neurolíticos: veinte años después" es de una extraordinaria riqueza.

33 P. Deniker, artículo citado, p. 12.

34 Cf. el propósito de R. Kühn sobre sus ensayos con la clorpromazina, A. Caldwell, *op. cit.*, p. 91.

35 J. Delay, "Introducción al coloquio internacional", *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encephale*, nº 4, 1956, p. 305. Se presentan a este evento 147 comunicaciones.

coloquio, Delay enfatiza lo siguiente: "Desde el punto de vista terapéutico, fuera cual fuere el interés de estas drogas, es conveniente recordar que en psiquiatría los medicamentos nunca son más que un momento en el tratamiento de una enfermedad mental y que en el tratamiento de fondo sigue estando la psicoterapia."[36] Se habrá advertido el lugar notable otorgado a la psicoterapia. Este énfasis no es de mera forma –está lejos de serlo– y el uso de los medicamentos del espíritu no equivale a identificar una terapia con la ingestión de una molécula. La acción medicamentosa es sindrómica.[37] Modifica la personalidad del paciente, pero no es capaz, por sí sola, de curar al hombre psíquicamente enfermo.

¿Restauradores del humor o energizantes psíquicos?

El suizo Roland Kühn y el americano Nathan Kline, en una obra colectiva aparecida en 1970 y consagrada a los descubrimientos de la psiquiatría biológica, han narrado su invención. Kühn descubre los efectos antidepresivos de la imipramina, el primero de la línea denominada de los tricíclicos, Kline, los de la iproniazida, el primer antidepresivo de la clase de los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO). Al principio, son denominados timoanalépticos, pues la recuperación del humor aparecerá progresivamente como el efecto central de estas moléculas. Los tricíclicos son los antidepresivos más empleados en el mundo. Su base popular es reciente y resulta de la puesta en marcha de moléculas llamadas "inhibidoras de la recaptura de serotonina" (ISRS) de los cuales el *Prozac* es el primero de la lista.

La confrontación de estos dos textos muestra que nos hemos acostumbrado a dos concepciones muy diferentes de lo que es una depresión. Los antidepresivos no estaban fatalmente destinados a conocer las polémicas a las cuales asistimos desde hace algunos años.

El punto de partida del análisis de Kühn es la melancolía y la distinción entre endógeno-biológico y exógeno-psicogenético. Se reivindica a sí mismo como parte de la tradición psiquiátrica fenomenológica. Ésta ha aportado a la comprensión de la melancolía un ímpetu decisivo que "no viene [...] de la biología o de la bioquímica sino, sorprendemente, de la filosofía".[38] Karl Jaspers primero, Kurt Schneider después, establecen una distinción entre el comportamiento objetivo del paciente y su experiencia subjetiva "que no puede ser aprehendida de su propia descripción". La diferencia entre endógeno y reaccional se establece "cuando se distingue el sentimiento vital (*vital feeling*) –experiencia que se extiende a todo el cuerpo del paciente con la depresión endógena, sin motivo y psicótica– del "sentimiento emocional" –experiencia semejante, pero de naturaleza diferente– del paciente con una

36 J. Delay, "Alocución final", *L'Encephale*, nº 5, 1956, *op. cit.*, p. 1184.

37 J. Delay y P. Deniker lo señalan en numerosas oportunidades, *op. cit.*

38 R. Kühn. "The imipramine story", en F.-J. Ayd y B. Blackwell (editores), *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelfie, Lippincott, 1970, p. 206. Las frases entre comillas que siguen a continuación son extractos de este artículo.

depresión motivada cuya causa es evidente". Las describe de la manera siguiente: el trastorno depresivo vital se caracteriza por "sentimientos de fatiga, de letargo, de confinamiento, de opresión y de inhibición, acompañados por un atascamiento del pensamiento, de la acción y de la decisión". El trastorno emocional depresivo se destaca "por la incapacidad de sentir placer y de mantener el interés, o incluso por la pérdida de la capacidad de tener una emoción". El primero es el más corporal, recuerda a la melancolía, pero se distingue de ésta por la ausencia de delirio.

Kühn, como numerosos psiquiatras de la época, había emprendido el examen de las fenotiacinas en pacientes deprimidos. Tenían un efecto calmante cuando los pacientes estaban angustiados, pero "ningún efecto sobre los síntomas específicos de la depresión."[39] En 1950, un responsable de la empresa suiza Geigy le propone trabajar sobre un antihistamínico para experimentar sus propiedades hipnóticas. Los resultados son negativos, pero parecía "haber algún efecto «antipsicótico» especial": especial, pero difícil de determinar. Geigy le propone otra molécula, la imipramina, cuya estructura química –tricíclica– era ligeramente diferente de la de la clorpromazina: la experimentó durante un año en trastornos mentales diversos y acumuló resultados obtenidos en trescientos pacientes.

En 1956, decide examinar el resultado en casos de depresión endógena, porque había llegado a la convicción de "que era posible encontrar drogas para este tipo de depresiones, convicción apoyada en la literatura, en la experiencia de los tratamientos de shock, pero también en la de la psicoterapia". Khün experimenta con un diagnóstico preciso, a saber, depresiones de tipo melancólico y no neurosis con síntomas depresivos. Dicho de otro modo, la acción clínica de la molécula no es examinada al azar, es pensada específicamente a partir de la psicopatología. Khün presentó sus primeros resultados (cuarenta casos) al segundo congreso mundial de psiquiatría, organizado en Zurich el 6 de septiembre de 1957, delante de una audiencia de... doce personas. "Nuestra comunicación, escribe Kühn, fue recibida con algún interés, pero con una gran dosis de escepticismo. Esto no resultó en absoluto sorprendente si consideramos la historia casi enteramente negativa de los tratamientos químicos de la depresión hasta el día de hoy." Los colegas de Kühn no estaban para nada interesados en la cuestión: ¿era porque el congreso estaba enteramente dedicado a las esquizofrenias?[40]

39 Se sabe que los neurolíticos han sido ensayados con malos resultados en los melancólicos. Cuando la ansiedad predomina en el cuadro depresivo, algunos estudios muestran que "lo indicado es tranquilizar a los enfermos [...] luego de someterlos al tratamiento eléctrico", J.-E. Staehelin y F. Labhard, "Les résultats obtenus par les neuroplégiques dans le tratiatement des psychoses et des névroses", *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, L'Encéphale*, nº 4, 1956, *op. cit.*, p. 516. Para las neurosis, los autores precisan que han obtenido "además de fracasos, resultados netamente regocijantes" (p. 571): hipos o asmas de origen neurótico, por ejemplo. Consignan buenos resultados entre los toxicómanos. Staehelin es el director de la clínica psiquiátrica universitaria de Basilea.

40 H. Ey, en su informe sobre el congreso, anota: "R. Kühn (un poco al margen del congreso) ha señalado efectos notables, pero irregulares, de un derivado del iminodibencilo sobre los cuadros esquizofrénicos de tonalidad depresiva". Reimpreso en *Schizophrénie-Études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, sd, p. 363. Ey no destaca, incluso, que se trata de algo completamente distinto.

La primera evaluación publicada indicaba lo siguiente: "La sustancia es particularmente eficaz en las depresiones endógenas típicas, es decir, en la que un trastorno vital aparece claramente en primer plano." La imipramina puede ser eficaz en las depresiones neuróticas, pero la indicación del tratamiento reside ante todo "en el estudio fenomenológico de la experiencia subjetiva del paciente, en el trastorno depresivo vital y emocional". Kühn desarrolla una abordaje marcado por la especificidad, se encuentra en el modelo electroshock/melancolía. Hasta el fin de los años 1970, la psiquiatría europea, precisémoslo, considera que los antidepresivos encuentran su máxima eficacia en las depresiones endógenas, donde el afecto está enfermo.[41]

¿Cuáles son las lecciones de la imipramina? se pregunta. El acierto de un tratamiento específico de los estados depresivos tiene por condición el sentido clínico del psiquiatra: éste debe "reconocer un cuadro patológico particular en el cual la droga es eficaz [...], cuadro [que] coincide solamente en parte con la idea clásica clínica de los estados depresivos". Para obtener una eficacia terapéutica en la mayor parte de los casos, debe elegir necesariamente el paciente por un diagnóstico extremadamente fino de su experiencia subjetiva: en caso de fallar en ello, la eficacia de la farmacoterapia se reduce en gran medida. Por cierto, la suerte está echada, piensa, pero es necesario ser "capaz de «inventar» alguna cosa completamente nueva, alguna desconocida hasta ahora, *es decir, una nueva enfermedad*".[42] Se trata de un acto creador y no de un efecto milagroso lanzado sobre una vaga entidad nosográfica: es por ello que estima "haber logrado un tratamiento *específico* [subrayado de Kühn] de los estados depresivos". Toda la reflexión de Kühn se dirige a lo que es el ser psíquicamente enfermo: es necesario, piensa, una comprensión sutil de la experiencia humana. Este descubrimiento no es cuestión, según Kühn, ni de azar ni de ciencia: la filosofía de Heidegger y la reflexión psicopatológica de Binswanger le han permitido, dice, esta invención.

41 Eso es lo que confirman, al menos parcialmente, las evaluaciones sobre los pacientes de numerosos artículos. Así, de una experimentación realizada por Delay, Deniker y Lempérière sobre 137 pacientes: "Los mejores resultados se han notado en los síndromes melancólicos francos (74 %) mientras que no son más del 54 % entre las depresiones simples. J. Lereboullet y R. Escouvolle, "La neuropsychiatrie en 1960", *La Revue du praticien*, tomo X, nº 27, 21 de octubre de 1960, p. 2913. Sin embargo, escribe Kühn treinta años más tarde que "los antidepresivos actúan favorablemente sobre las depresiones reaccionales. Nos permitimos insistir sobre este punto". "Psychopharmacologie et analyse existentielle", *Revue internationale de psychopatologie*, nº 1, 1990, p. 46.

42 El subrayado es mío. Kühn retoma ciertos elementos desarrollados aquí en su artículo muy crítico de las investigaciones psicofarmacológicas actuales: "El investigador no se limita a *descubrir* las acciones más o menos bien definidas de una sustancia psicofarmacológica. Su acción llega mucho más lejos, debe *inventar* una entidad mórbida para la cual cierta sustancia puede ser una medicación específica [...] debe cumplir *con un acto creador.*" "Clinique et expérimentation en psychopharmacologie", *Psychoanalyse à l'université*, 11, 41, 1986, p. 115.

Pero la imipramina aportó todavía otra lección: Kühn había notado que era antidepresiva, pero no euforizante. Esta constatación la diferenciaba por completo de una droga. Más aun, su acción era sedante y no estimulante. Ahora bien, es el letargo que aparece masivamente en las depresiones endógenas. Alan Broadhurst, por esa época director de investigaciones científicas de Geigy, declaró recientemente: "Todo el mundo era afectado por un antidepresivo; en tal caso, llegó el día en que era un estimulante."[43] La sedación era contraintuitiva, precisa. En efecto, las anfetaminas eran utilizadas en las melancolías y en las depresiones, pero se habían revelado a la vez poco eficaces y peligrosas. La inteligencia clínica de Khün consistió en inventar un restaurador del humor que era sedante. Jean Guyotat, uno de los raros casos de psiquiatras franceses que en los años 1960 tuvieron reputación internacional fuera de los jefes de sección de la Sainte-Anne, escribió en 1963 que la imipramina tiene un efecto antiobsesivo: otorga una mejor capacidad para soportar la frustración, lo cual "también explica, sin duda, lo que Kühn ha destacado, la ausencia de toxicomanía en la imipramina".[44]

Nathan Kline extrajo una lección de la historia de los IMAO que es opuesta a la de Kühn:[45] piensa menos haber descubierto un específico de la depresión endógena que un medicamento contra todas las depresiones y, más que un restaurador del humor, un euforizante. Encargado en 1953 de un estudio comparado de la Rauwolfia serpentina, de la reserpina (uno de los alcaloides que Ciba hacía poco que acababa de aislar) y de un placebo, emprendió el estudio sobre en 710 pacientes y es el primer americano en probar, en 1954, la acción antimaníaca de la reserpina, el segundo neuroléptico. Su empleo será abandonado al cabo de algunos años, pues entrañaba graves depresiones para los psicóticos. Esta constatación clínica ha sido, a la inversa, el punto de partida de hipótesis bioquímicas de los trastornos mentales.

Este estudio conduce a Kline a postular "la existencia de drogas que funcionarían de la misma manera como antidepresivos (o *energizantes psíquicos*, como los designo ahora)". Un colega le habla, en marzo de 1956, de una experimentación animal en la que había suministrado una molécula llamada

43 A. Broadhurst, entrevista a D. Healy, en *The Psicopharmacologists*, *op. cit.* p. 119.

44 J. Guyotat, "Remarques sur les relations entre chimiothérapie y psychothérapie", en *Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963, p. 92. Se edita esta obra por Comité Lionés de Terapéutica Psiquiátrica. Este grupo, que reunía a farmacólogos y psiquiatras, es conocido por haber centrado sus trabajos sobre el lugar de los psicotrópicos en el tratamiento de enfermedades mentales. Una primera obra colectiva había sido publicada en 1956, *La Thérapeutique par chlorpromazine en psychiatrie*. Delay y Deniker notan que los medicamentos antidepresivos son "capaces de producir estados subeufóricos". Sin embargo, se debe destacar que su acción se ejerce esencialmente de cara a los estados depresivos, es decir, entre los sujetos psicóticos o neuróticos, y no entre los sujetos normales, para los cuales parecen casi desprovistos de efectos. No se ha observado ninguna toxicomanía en este tipo de medicamentos", *op. cit.*, p. 432. Sólo se incrima a los tranquilizantes.

45 "Monoamine oxidase inhibitors: an infinished picaresque tale", en F.-J. Ayde y B. Blackwell (editores), *op. cit.* Las frases entre comillas son extractos de este artículo.

"iproniazida" (un antituberculoso) que había vuelto a los animales "hiperalertas e hiperactivos": "Esto me llevó a preguntarme si no era el energizante psíquico que estamos en procura de encontrar." Varios estudios se habían hecho ya sobre esta molécula, pero en una perspectiva de comparación con los efectos tranquilizantes de la cloropromacina. Por otra parte, los datos indican que la iproniazida tenía efectos secundarios euforizantes entre los pacientes tratados por tuberculosis, pero este efecto no había sido registrado por los investigadores. Su equipo recibe la visita del director médico de Hoffmann-La Roche en mayo de 1956. Éste, "muy impresionado por la acción antidepresiva del opio, trabajaba sobre la posibilidad de desarrollar un opiáceo no adictivo que poseyera esa acción antidepresiva". A la inversa, resultó "particularmente poco impresionado por su idea". Kline busca convencer a Hoffmann-La Roche de ayudarlos. Le interesaba poco el laboratorio: "¡Fue una situación única! Un grupo de investigadores clínicos estaba intentando convencer a una empresa farmacéutica de que tenían un producto valioso." En noviembre de 1956 comenzó un estudio sobre algunos dementes precoces hospitalizados; luego buscó pacientes deprimidos en la práctica privada –encontró esta novedad y comenzó su estudio en enero de 1957. Dos comunicaciones se presentaron a dos congresos en mayo y en junio de 1957: el tratamiento antituberculoso indicado de ahora en adelante para las depresiones.

Para Nathan Kline, "el secreto de la historia del IMAO no es solamente el secreto del tratamiento de la depresión, sino la clave de sus causas y de su prevención. La puerta comienza a abrirse, y detrás de ella encontramos, ahora, que los mecanismos de la esquizofrenia, y quizá de algunas neurosis, se tornarían visibles y tratables". Kline invirtió todas estas esperanzas en una biología del humor: no busca definir un tratamiento específico para una patología específica. Kühn ha descubierto un restaurador del humor, Kline un energizante que recuerda, a veces, a un euforizante. ¿No escribió en 1965 que los enfermos se sentían "demasiado bien"?[46] Ahora bien, este énfasis aparece de manera recurrente hasta hoy: los IMAO son susceptibles de producir dependencia por sus efectos estimulantes .

De un lado, tenemos una psicopatología fundada en la clínica, del otro, un disfuncionamiento del sistema nervioso pensado sobre una base biológica. Dos visiones se diseñan: la primera busca delimitar lo mejor posible la patología subyacente en los síndromes (es el modelo melancolía-electro-

46 N. Kline, "Thérapeutique de la dépression" en *Tables psycholeptiques pour praticiens*, Genève, Médecine et Hygiène, 1964-1965, citado por P.-A. Lambert, *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson, 1990, p. 52. Los trabajos franceses consignan que la iproniazida "parece sobre todo interesante para la falta de inciativa, la astenia [...] Se observan también buenos resultados en las depresiones de fondo histérico en las que predominan la dependencia afectiva, la necesidad de gratificación y, a menudo en el plano físico, la hipersomnia", escribe J. Guyotat, "Iproniazide et inhibiteurs de la monoamine oxydase" *Actualités de thérapeutiques psychiatrique*, *op. cit.*, p. 295-296. Green estima que el problema esencial de la molécula es una euforización excesiva del enfermo. "Chimiothérapies et psychothèrapies (Problèmes posés par les comparations des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique)", artículo citado, p. 71.

shock), la segunda, las causas biológicas de estos síndromes.[47] Kühn cree haber descubierto un específico, Kline un no-específico: se encuentran así, en un contexto científico por completo distinto, los debates sobre el electroshock. El futuro signará la "victoria" de Kline sobre Kühn, es decir, la automatización del síndrome depresivo en relación con una patología subyacente que ya no es necesario diagnosticar para poder curar. Más aun, los antidepresivos actúan hoy sobre tal diversidad de síndromes que el vocablo mismo de antidepresivos se pone en cuestión entre los psiquiatras y los farmacólogos.[48] En la locura, la psiquiatría abandonará el cuestionamiento sobre las relaciones entre el sujeto y la enfermedad. La victoria de Kline sobre Kühn será también la revancha póstuma de Janet sobre Freud. El hombre patológico será diferente de aquel sobre el cual se debatía hacia 1960, pero también la normalidad habrá cambiado.

En los años que siguen a la invención de los medicamentos del espíritu, las dos perspectivas, por lo menos en Francia, se apoyan la una sobre la otra a partir de una pregunta: ¿la molécula es suficiente para curar?

Hasta los confines de la personalidad de lo que se es y del humor que se tiene

A partir de 1955, el curso farmacéutico está comprometido: investigaciones psicofarmacológicas y neurobiológicas, congresos y sociedades de psicofarmacología[49] se multiplican. El término psicofarmacología es una suerte de "perchero que proporciona un centro de atracción para los grupos dispares de clínicos, de estadígrafos, de especialistas de psicología animal y de otras profesiones reunidas para evaluar las posibilidades terapéuticas de los nuevos medicamentos".[50] La elaboración de exámenes farmacológicos sobre animales denominados "en batería", sirven para analizar los efectos de las moléculas sintetizadas por los químicos. Una obra publicada en 1959, anota un farmacólogo, "ha podido reunir 240 páginas de referencias sólo para el período 1952-1957".[51] En estos trabajos se describen los efectos de las drogas psicotrópicas que confrontan estudios farmacológicos, bioquímicos, metabólicos, etc. Una docena de congresos sobre "las drogas psicotrópicas" que tienen lugar entre 1955 y 1960, han "engendrado una literatura que abrumaría al trabajador más adicto si sólo fuese capaz de leerla".[52] Entre 1952 y 1962 una centena de moléculas habrían visto la luz –de las cuales unas pocas fueron puestas efectivamente en uso. Es necesario hacer digerir todo esto al cuerpo médico.

47 En 1974, Nathan Kline publica un libro sobre la depresión titulado *From Sad to Glad*: sobre la portada de bolsillo (de 1984) se encuentra el argumento para la venta: "¿Cómo superarla [la depresión] sin psicoanálisis?"

48 Véase *infra*, capítulo IV.

49 En el Segundo Congreso Mundial de Psiquiatría de Zürich en 1957 se decide la creación de un órgano de cooperación internacional que agrupa a todas las disciplinas susceptibles de interesarse en los psicotrópicos. Es el Collegium International Neuro-Psychopharmacologicum (CINP). Esta institución organiza los congresos donde se encuentra el gotha internacional. En Francia, Henri Baruk y Jacques Launay crean la Sociedad Moreau de Tours en 1958 y, en 1962, los *Annales* del mismo nombre; Jean Delay, Pierre Deniker y Pierre Thuiller, la Sociedad de Psicofarmacología de Lengua Francesa, etcétera.

50 D. Healy, *The Antidrepessant Era*, *op. cit.*, p.111.

51 J. Delphaut, *Pharmacologie et psychologie*, Paris, Armand Colin, 1961, p. 175.

La consecuencia de todos estos descubrimientos[53] es la movilización de múltiples profesionales. "La psicofarmacología, declara Delay al abrir el congreso del Colegio internacional de neuropsicofarmacología en Washington, en 1966, [...] interesa a título diverso al químico y al farmacólogo, al fisiólogo y al médico, al psicólogo y al sociólogo. Por su propio objeto que es, en definitiva, modificar los comportamientos por medio de sustancias químicas, la psicofarmacología se ha situado en la encrucijada de las ciencias biológicas y de las ciencias morales."[54] No se trata, para Delay, de hacer filosofía. Dos razones motivan tal postura. La primera es que los neurolíticos actúan solamente sobre los síndromes y que los antidepresivos tienen "una acción esencialmente *suspensiva*, es decir que la misma puede ser mantenida tanto tiempo como dura el acceso o se continúa con un proceso más crónico".[55] Dicho de otro modo, la acción química modifica los mecanismos, pero no suprime las causas, es patogénica, pero no etiológica.

La segunda razón proviene de la posibilidad de que los antidepresivos tengan un efecto no solamente en el caso de las depresiones endógenas, sino también en las neurosis, que a menudo se llaman "depresiones simples" o "exógenas". Esta posibilidad es, según Delay y Deniker, "una de las adquisiciones más interesantes y menos conocidas". En comparación con los neurolíticos, que han incrementado las posibilidades de tratar enfermedades bien reconocidas, los antidepresivos innovan profundamente: parece, siguiendo a estos dos autores, "que los antidepresivos están llamados a tener cierto porvenir para el tratamiento de neurosis que comportan un *factor constitucional*".[56] Las neurosis a la Janet serían tratables de este modo, pero estas moléculas parecen igualmente eficaces en ciertas psiconeurosis de defensa. Jean Guyotat, en 1963, da el ejemplo de una enferma que presentaba una neurosis obsesiva desde hacía siete años. La imipramina le suprime sus

52 C. Brisset "La psychopharmacologie. Étude de nos moyens de connaissance des médicaments en psychiatrie", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, nº 4, 1966, pp. 639-640. *Actas de la reunión anual de L'Évolution psychiatrique*, 12 de diciembre de 1965, dedicada a "Psicofarmacología y psicoterapia". Brisset es el autor de un famoso *Traité de psychiatrie*, junto a Ey y Bernard, cuya sexta edición data de 1989.

53 Los aspectos bioquímicos se tratarán en el capítulo IV, cuando se aborden los ISRS.

54 J. Delay "Discurso presidencial" (discurso de apertura) en H. Brill (editor), *Neuro-Psychopharmacologie. Proceedings of the Fifth International Congress of the Collegium Internationale Neuro-pharmacologie*, Amsterdam-New York-London-Milano-Tokyo-Buenos Aires, Excerpta Medica Foundation, 1967 (Congreso de Washington, 1966), p. XV.

55 J. Delay y P. Deniker, *op. cit.*, p. 377.

56 *Ibid.*, p. 357. Subrayado de los autores.

rituales. "Se puede hablar, en este caso, comenta Guyotat, de síntomas en el sentido clásico del término."[57] Algo de más se pasa a los confines de la personalidad de lo que se *es* y del síntoma que se *tiene*. Los antidepresivos reorganizan la "personalidad": "Es impresionante, prosigue Guyotat, constatar que muchos elementos aparentan una psicoterapia en una quimioterapia. Es necesario insistir mucho sobre el hecho de que la enfermedad no reacciona ante la droga psicotrópica como ante un explosivo que no se volatiliza. Las modificaciones constatadas remiten siempre [...] a la personalidad global." Es necesario entonces "evitar la dicotomía que ubicaría a la psicoterapia en el orden de lo natural y a la quimioterapia en el orden de lo artificial".[58]

La larga duración de los nuevos tratamientos los vuelve, a diferencia de las técnicas de shock, comparables a la larga duración de un psicoanálisis, en el curso del cual la personalidad se modifica progresivamente, resolviendo sus conflictos. El paralelismo de temporalidades es un eje de la reconfiguración del sujeto enfermo. Algunos shocks no son, en efecto, desde este punto de vista, en absoluto equivalentes a la impregnación lenta operada por la molécula. Los matices de los efectos pueden aparecer tanto en la duración como en la cura por la palabra. Gracias a los antidepresivos, las modificaciones de la emoción y del pensamiento patológicos son de tal magnitud que un psiquiatra puede declarar en 1972. "Todos los que han vivido en 1957 las primeras publicaciones, las primeras comunicaciones a congresos sobre la utilización de la imipramina en las depresiones, y los que la han ensayado sobre sus propios enfermos, podrían experimentar, como yo, algún pudor al hablar de psicoterapia en las depresiones."[59]

Es necesario comprender, como a ello invitan Delay y Deniker, "la psicodinámica de las acciones químicas".[60] Pierre A. Lambert y Jean Guyotat concentran su trabajo sobre este problema; intentan por ejemplo demostrar los mecanismos por los cuales una molécula antidepresiva puede permitir, como el psicoanálisis, tomar distancia de sus rituales compulsivos a un obsesivo. La acción química debe ser comprendida e interpretada en función de "la personalidad global" del paciente. Analizan la acción antidepresiva de una molécula a partir del modelo freudiano de la melancolía: el enfermo está

57 J. Guyotat, artículo citado, p. 91.

58 J. Guyotat, *ibid.*, p. 96. "Es bastante curioso, anota Guyotat, constatar la resistencia de ciertos psiquiatras al hecho observable, corrientemente, de que una sustancia química puede actuar sobre el equilibrio psicológico. Sí se acepta una acción sobre los síntomas considerados como productos sin importancia, pero no una acción psicológica global", p. 84. Green consigna que "una ventaja, y no de las más insignificantes [de los timioanalíticos] es la asociación posible con la psicoterapia, señalada por un gran número de autores. La mayoría (Azima, Racamier) constatan que la enfermedad, gracias a la medicación, se revela más sensible a la psicoterapia", "Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés pour les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique)", artículo citado, pp. 60-70. Entre los psicoanalistas que trabajan sobre quimioterapias, Green habría podido reunir a Nacht, Lebovici, Diatkine, Stein, Male, Bouvet, así como al grupo de Lyon.

59 A. Sarredon, en "Assises départamentales de médecine sur les etáts dépressifs" (1972) *Les Cahiers de médecine*, n° 7, junio de 1973, p. 541.

60 J. Delay y P. Deniker, *op. cit.*, p. 423.

enfermo de no poder hacer duelo del objeto investido, introyecta el objeto y devuelve agresividad contra sí mismo. El antidepresivo restablece las relaciones objetales y permite a la psicoterapia resolver los conflictos psíquicos que no podía abordar anteriormente.[61] De allí su ideal: "Poder plantear la indicación de una quimioterapia, no sobre la base de los síntomas, en el sentido habitual del término, sino según la estructura del enfermo."[62] Éste no se concretaría.

Una idea fuerte y confusa

En forma paralela a los debates clínicos, discusiones más metafísicas toman forma a propósito de la naturaleza de esta acción global sobre la personalidad. "El "campo psiquiátrico", declara Claude Blanc en 1965, se extiende desde el metabolismo de la serotonina hasta las implicaciones filosóficas de nuestro saber psicopatológico sobre el hombre."[63] Dado que la neurobiología ya no se contenta con hipótesis parciales sobre el funcionamiento del sistema, "obliga al psiquiatra a pensar fisiológicamente", como también lo dijo Delay.[64] Comienzan a desvanecerse concretamente los registros de la filosofía y, en psiquiatría, de la fenomenología y del psicoanálisis. Los medicamentos restauran los poderes de la persona. En su informe presentado, en 1960, al coloquio de Bonneval, sobre el inconsciente, Claude Blanc hace resurgir las consecuencias antropológicas de los progresos de la psicofarmacología: "reintroducen la noción de sujeto en los estudios del funcionamiento cerebral".[65] ¿Qué psicopatología sería necesaria para integrar los nuevos datos farmacológicos? Ésa es la apuesta.

En efecto, "la noción de sedación, de somnolencia, de excitación, de euforia, son registros completamente insuficientes por demasiado groseros, y la vivencia de los enfermos escapa a esas caracterizaciones".[66] Estas nociones revelan un animal viviente, una "psiquiatría veterinaria", como dice André Green.[67] Permiten darse cuenta de las modificaciones del afecto, pero respecto de la vida interior de una persona, y mucho más de las moléculas examinadas exitosamente en las experimentaciones animales, no tienen ningún efecto sobre el hombre. Es necesaria una psicopatología que pueda dar cuenta de los efectos de los medicamentos en la medida en que la psicofarmacología no

61 Cf. Guyotat, artículo citado y T. Kammerer, L. Israël y C. Noel, "Une dépression guérie par l'imipramine. Étude critique", *Cahiers de psychiatrie*, n° 14, 1960.

62 J. Guyotat, artículo citado, p. 94.

63 C. Blanc "La psychopharmacologie", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, 1966, p. 722.

64 J. Delay, "Discurso presidencial", en H. Brill (editor), *op. cit.*, p. XX.

65 C. Blanc, "Conscience et insconscient dans la pensée neurobiologique actuelle. Quelques réflexions sur les faits et les méthodes", en H. Ey, *L'Inconscient*, Vie. Colloque de Bonneval (noviembre de 1960), Paris, Desclée de Brouwer, 1966, p. 213.

66 T. Kammerer, R. Ebtinger, J.-P., "Approche phénoménologique et psychodinamique des psychoses délirants aiguës traitées par neuroliptiques mayeurs", en P.-A. Lambert, *op. cit.*, p. 17.

67 A. Green, "La psychopharmacologie: ouvertures, impasses, perspectives", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 31, n° 4, 1966.

podría "despojar al sentido, que es el atributo humano".[68] No podría reducir lo humano a lo meramente viviente, que no es más que la mera proyección del sistema nervioso: "Una de las enseñanzas más instructivas de estos nuevos descubrimientos [neurofisiológicos] es la irreductibilidad de los fenómenos de los sentidos. La preselección de los signos requiere de la diferencia de lo significante y lo no significante durante el proceso de activación de la vigilancia."[69] Serge Lebovici y René Diatkine recuerdan que la inconciencia opera la articulación de lo biológico y de lo psíquico, que el modelo de reflejo se encuentra en la base de la concepción económica de la repartición de la energía en Freud.[70] Otros psicoanalistas subrayan que se comete el error de reprochar "al psicoanálisis una psicogénesis pura", pues los factores organogenéticos jamás han sido eliminados.[71]

Pero estos argumentos se mantienen en el plano teórico. La cuestión psicopatológica es importante sobre todo porque las moléculas pecan de un límite práctico: las resistencias que ofrecen los enfermos a su eficacia. La patología resiste en ciertos casos, el producto funciona sobre un paciente en un momento dado y ya no funciona tras una recaída. ¿Cómo explicar esta diversidad? ¿Cómo relacionar la acción sobre el humor con la acción sobre la personalidad? ¿Qué es lo que pasa entre el afecto y el pensamiento, entre el "cuerpo" y el "espíritu"? Responder a estas preguntas permitiría decir qué es la enfermedad.

"La psiquiatría no podría reducirse a una quimiatría"[72] recuerda todavía Delay en 1966, en un bello arranque consensual, pues en la medicina mental se hace necesaria la relación. Pero Ey es mucho más preciso respecto de los problemas clínicos y profesionales que plantean las nuevas moléculas. Pensar fisiológicamente ¿qué quiere decir esto para un psiquiatra?, ¿y para qué tipo de psiquiatra? "Casi siempre, escribe Ey, [...]una idea confusa, pero fuerte, se impone a lo que concierne a los recursos en los métodos biológicos: es que ellas preparan y favorecen la acción psicoterapéutica."[73] Fuerte, porque el medicamento no se concibe en una problemática mecanicista, sino como una relación, relación medicamentosa y relación médico-enfermo. Confusa, puesto que el contenido de esta doble relación es el objeto de una interrogación permanente de la profesión, particularmente sobre un punto: ¿cuándo es el medicamento la causa principal del cambio y cuándo no es más que un elemento del sistema terapéutico?

68 A. Green, "Les portes de l'inconscient ", *L'inconscient, op. cit.*, p. 20.

69 A. Green, *ibid.*, p. 22.

70 "Desde el momento en que cierta cantidad de estimulación se le agrega, el organismo responde con una reacción motriz que constituye la descarga de la energía aportada. Esto lo que se observa, dice Freud, en el reflejo", S. Lebovici y R. Diatkine, "Les pulsions et l'inconscient", en *ibid*, p. 57 y 59.

71 A. Green, "Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des thecniques chimiothérapies et psicothérapies et leur association en thérapeutique psychiatrique)", artículo citado, Y de citar, entre los contemporáneos, a la Natch Racamier, Stein, Male, etc.

72 J. Delay, en Brill (editor), *op. cit.*, p. XXII.

73 H. Ey, "Neuroleptiques et techniques psychiatriques", artículo citado. Subrayado por Ey.

¿Un potencializador de la psicoterapia?

No se puede apreciar verdaderamente el efecto de una sustancia fuera de una serie de contextos: el ambiente de servicio, la historia del enfermo, su relación con el o los médicos, etc. Cada vez más, el contacto farmacológico y el contacto relacional son como los dos brazos de un mismo cuerpo. El tratamiento químico, que utiliza los viejos narcóticos o las nuevas moléculas, es "un psicoanálisis químico":[74] es lo que permite hacer resurgir los conflictos internos, condición indispensable para liquidarlos. La profesión está de acuerdo con la idea de que las moléculas actúan sobre el conjunto de la personalidad, porque un trastorno psíquico es, como escribe un allegado de Baruk, "un ataque global de la personalidad que se halla perturbada, no sólo desde el punto de vista tímico, sino también desde el punto de vista intelectual e instintivo".[75] Pero esta acción es, por sí misma, insuficiente para curar. He aquí una constante.

No se cura una enfermedad mental tratando el cerebro, y el medicamento del espítitu no puede ser asimilado a un medicamento somático. El argumento se halla especialmente extendido en la psiquiatría de la época. Se lo encuentra en el grupo de la *Évolution psychiatrique,*[76] en la Escuela de Sainte-Anne,[77] en la de Lyon (Lambert, Guyotat) o entre los partisanos de Henri Baruk.[78] Sólo los partidarios de la causalidad psíquica ven a los medicamentos como camisolas químicas. Los medicamentos son sustancias relacionales, porque permiten a los enfermos abordar sus conflictos, mientras que el médico *es* el medicamento.

Este argumento estaba ya en la base de la idea de que ciertos métodos de shock volvían al enfermo más accesible a la psicoterapia: la acción sobre el fondo tímico, totalmente deteriorado antes del tratamiento, permite al paciente reanudar el contacto con la realidad. El hecho de que sea proporcionado durante el tratamiento aporta "un gesto psicoterapéutico".[79] Ergoterapia, terapia institucional, métodos de shock, permiten un contacto renovado entre el médico y el enfermo, ponen el acento sobre su relación que adquiere un nuevo tono, otorgan un papel terapéutico al impedido, favoreciendo así un diálogo entre él y el psiquiatra.[80] La terapéutica es global.[81] "Terapéuticas

74 J. Delay, *Études de psychologie médicale, op. cit.*, p. 227. La cita alude al narcoanálisis.

75 L. Fouks, T. Lainé, Périvier, "L'inhibiteurs de la monoamine oxydase" (simposio de junio de 1962 sobre los estados depresivos), *Annales Moreau de Tours*, 1965, *op. cit.* pp. 150-151.

76 C. Blanc, "La psychopharmacologie", artículo citado, p. 716.

77 Las quimioterapias "aumentan considerablemente el número de enfermos que pueden ser abordados por psicoterapia", J. Delay y P. Deniker, *op. cit.*, p. 422.

78 P. Marchais, "Essai de approche clinique des états dépressifs néurotiques. Leurs indications chimiothérapiques actuelles", *Annales Moreau de Tours*, 1965, tomo II, p. 85.

79 La insulinoterapia "aporta, con la asistencia personal (*nursing*), un gesto psicoterapéutico [...] Para la casi totalidad de los psiquiatras hospitalarios franceses, era un descubrimiento", escribe Paul Balvet, artículo citado, p. 7. Cf. también A. Roumieux, *op. cit.*

80 *Ibid.*, p. 9.

81 Cf. Daumézon, "Modification de la symptomatologie des troubles mentaux et de

biológicas y terapéuticas psicológicas, lejos de oponerse, se completan", declara Delay en el coloquio de 1950.[82] Gracias a los métodos de shock, el enfermo puede mirar más allá de sus síntomas, y el psiquiatra puede establecer una relación terapéutica.

El terreno está, entonces, ampliamente abonado antes de los medicamentos psicotrópicos que se insertan naturalmente en este modelo. Si los neurolíticos "«potencializan» algo, es la psicoterapia", declara Le Guillant en el congreso de 1955.[83] Los psiquiatras constatan rápidamente que la eficacia quimioterápica es muy variable y que el contexto general de prescripción desempeña allí un papel fundamental. Es capaz de explicar, por sí mismo, una importante proporción de fracasos y de retrocesos muy variables en sus logros. La medicación se inserta en una dinámica terapéutica ampliamente presente antes de su nacimiento y se promueve como un elemento de modernización de la psiquiatría. La adjunción de laboratorios, la formación del psiquiatra en disciplinas conexas, etc., terminan por otorgar a la psiquiatría un aire de modernidad médica.[84]

En verdad, los medicamentos psicotrópicos tienen todas las ventajas. Permiten diversificar la paleta terapéutica y potencializar las diversas técnicas terapéuticas unas respecto de las otras. Todo conduce, aparentemente, a pronosticar un sólido matrimonio entre los dos géneros terapéuticos en la medida en que el único problema que importa es el modo de su articulación. Durante el coloquio de Lyon, todos notan "una cosa positiva que es necesario subrayar hoy: es el acuerdo de todos respecto de que la psicoterapia forma de allí en más parte del bagaje de toda psiquiatría. Estamos por completo sensibilizados frente a esta evidencia: reconocemos caritativamente que es reciente, y que es bueno verla magnificada en nuestros días".[85]

Poder manejar esta complejidad de procedimientos que son las técnicas biológicas y las técnicas psicológicas para obtener remisiones, e incluso curaciones, de patologías tan heterogéneas, con una etiología ignorada en su mayor parte ¿hay alguna otra rama de la medicina que pueda reivindicar semejante sofisticación? El hombre patológico puede ser curado en su globalidad. Hay algo en todo esto que asegura ampliamente una excelente legitimidad médica para la psiquiatría. Tanto antes como después del descubrimiento de los medicamentos del espíritu, el verdadero tratamiento es la psicoterapia:

sémiologie psychiatrique au cours des cinquantes dernières années", *Journal de psychologie*, nº 4, 1977.

82 *Op. cit.*, p. 297.

83 L. Le Guillant *et al.*, artículo citado, p. 1129.

84 "La psiquiatría de mañana [...] no se podrá realizar en un agujero perdido en el campo, donde sólo se puede concebir la implantación de un hospicio o de colonias familiares para sujetos deficientes", L. Fouks, "Bilan actuel de thérapeutique chimique en psychiatrie et perspectives d'avenir", en H. Baruk y J. Launay (dir.), *Annales de thérapeutique psychiatrique*, tomo III, Paris, PUF, 1967, p. 7.

85 El Dr. C.-H. Nodet, alocución en la mesa redonda que clausura el coloquio, p. 194. El Prof. Schneider, que la dirige, tiene una sospecha: "Tengo a menudo la impresión de que se vive un poco un luna de miel de esta relación; me pregunto cuánto tiempo durará", p. 185.

las medicaciones la preparan, es éste un lugar común de la psiquiatría. Se repite incansablemente entre todos los seguidores de la psiquiatría en los congresos mundiales que tuvieron lugar entre 1950 y 1955. Constituye el centro del coloquio de 1964 organizado en Lyon sobre la relación médico-enfermo en las quimioterapias, o el del grupo *L'Évolution psichatrique,* reunido ese mismo año en París sobre las relaciones entre psicofarmacología y psicoterapias.

Luego de un breve período de optimismo en que se dedica a esperar que, finalmente, se pueda curar la locura, la psiquiatría iba a encontrarse con una nueva cronicidad: la mayor parte de los esquizofrénicos deben tomar sus moléculas de por vida para mantenerse casi estabilizados, pero estas moléculas tienen efectos secundarios importantes (en particular, diskinesias tardías, rigidez corporal, declinación de los centros intelectuales, etc.) Los hospitales psiquiátricos se vacían poco a poco, sobre todo con la invención, después de 1968, de neurolíticos que no necesitan más que de una inyección mensual o bimensual. Los enfermos son tratados médicamente en forma ambulatoria, se supone que ven regularmente a su médico tratándose en hospitales diurnos, manteniendo un apoyo psicoterapéutico y, gracias a la ayuda social, se supone que también pueden vivir o sobrevivir fuera de las paredes del asilo. A diferencia de las psicosis, respecto de las cuales nadie se pregunta si son o no son verdaderas enfermedades, la cuestión se planteará para la depresión. Se impondrá a ella.

Para los "trastornos psíquicos del hombre sano",[86] la tripartición endógeno, psicógeno, exógeno es la vía de acceso a las relaciones entre el sujeto y la enfermedad. ¿Acaso la psicofarmacología no demuestra que no se puede hablar de sujeto sin hacer referencia a la biología? Por otra parte, la investigación de las razones por las cuales la molécula actúa o no actúa sobre tal o cual paciente ¿no obliga a los clínicos a interesarse en la personalidad, en una "estructura" que rinda cuentas de los riesgos de la psicofarmacología? Los antidepresivos, se piensa en la época, son más eficaces cuando el impulso vital está afectado por la enfermedad, cuando la depresión es una enfermedad endógena según el modelo de la melancolía. Solamente se trata de un criterio teórico. ¿Cómo hacer en la práctica para distinguir los tres tipos de depresión? ¿Cómo advertirlo desde el momento en que pueden parecerse, como lo han subrayado Delay y Deniker? ¿De qué medios disponen los médicos para hacer un buen diagnóstico y prescribir una terapéutica eficaz? Evidentemente, se trata de cuestiones esenciales para los que se encuentran en la primera línea de responsabilidad de estos trastornos: los médicos generalistas.

86 Según la expresión de H.-C. Rümke, "Quelques remarques concernant la pharmacologie et la psychiatrie", *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroletiques en thérapeutique psychiatrique , op. cit.*, p. 341. Estos trastornos son las neurosis, a las cuales "resulta verdaderamente urgente" distinguir de los conflictos que son parte de la condición humana, según piensa Rümke –que había sido, como dijimos, discípulo de Kraepelin–. Sería necesario, además, consagrar un lugar al análisis de la biología de los trastornos psicogenéticos y de los que no lo son.

Medicina general: un caos diagnóstico

La depresión es una enfermedad engañosa. Las psicosis reconocen, por cierto, enormes problemas de diagnóstico, pero la especificidad de la depresión es que es a la vez heterogénea y universal. La apreciación del efecto de los medicamentos es, por una parte, más delicada con los estados depresivos, cuya sintomatología aparenta ser más compleja que la del delirio, la de la alucinación y la de la agitación y, por otra parte, su escala social se halla multiplicada, convirtiéndose los enfermos en asténicos, ansiosos, abatidos, vacilantes, histéricos, obsesos, etc., que vienen a realizar sus consultas en la medicina general.

Si ya es de por sí difícil describir con precisión los efectos de los neurolíticos, la situación es peor respecto de los antidepresivos. En principio, el hecho de que el medicamento sea la causa de la remisión no es claro. A menudo, el juicio se opera de la manera descripta por el suizo Paul Kielholz en 1962: "Una depresión, aunque no haya sido curada ni por electroshock ni por el medicamento X, es finalmente disipada bajo los efectos del medicamento Y, de lo cual se deduce, de manera errónea, que este último medicamento es el más activo":[87] puede haber simple concomitancia entre el fin de un episodio depresivo y la utilización de un antidepresivo. Charles Brisset, en 1965, en un panorama de los métodos de evaluación, estima que el método que consiste en aislar un aspecto del comportamiento "es bastante fiel para el comportamiento general (por ejemplo, la agitación)", pero este método es más mediocre, agrega, para síntomas más complejos, como el de "la tendencia depresiva".[88] En 1970, Jonathan Cole, que fue durante la década de 1960 director de la división psicofarmacología del *National Institute de Mental Health* y uno de los científicos americanos más renombrados en la especialidad, es de una extrema severidad: "Los agentes contra la ansiedad y los agentes antidepresivos sufren de una sobrepromoción [...] Numerosas depresiones, particularmente neuróticas, mejoran de cualquier manera, y las depresiones endógenas graves del tipo inhibido son mejor tratadas con electroshocks [...] En conjunto, la superioridad de estos medicamentos sobre los placebos no es en absoluto impresionante."[89] Si los neurolépticos no existiesen, prosigue, su falta se haría notar en el arsenal terapéutico; por el contrario, los antidepresivos podrían ser ventajosamente reemplazados por electroshocks y por algunos barbitúricos bien seleccionados. Los riesgos de los tratamientos farmacológicos tornan rápidamente confusa la situación nosográfica de la depresión. Cinco años después de las comunicaciones de Kline y de Kühn, Kielholz traza un panorama catastrófico: "En el dominio del tratamiento farmacológico reinan

87 P. Kielholz, "État actuell du traitement pharmacologique des dépressions", *L'Encephale*, n° 5, 1962, pp. 398-399.

88 C. Brisset, "La psychopharmacologie. Étude de nos moyens de connaissanse des médicaments en psychiatrie", artículo citado, p. 649.

89 J. O. Cole, "The future of psychopharmacology", en R.-R. Fieve (ed.), *op. cit.*, p. 83.

en la hora actual condiciones casi caóticas. Los datos de la literatura concernientes a mejoras y curas oscilan, por ejemplo, para la imipramina, entre el 25 y el 80 %, y para ciertos inhibidores de la monoamina oxidasa llegan incluso del 0 al 65 %."[90]

¿Cómo poner orden en este caos? Es necesario elegir una estrategia terapéutica, prescribir el "buen" antidepresivo, indicar eventualmente una psicoterapia, incluso psicoanálisis. Educar al cuerpo médico consiste en reconocer claramente el tipo de depresión y en diferenciar la depresión de patologías que se le asemejan. El corazón del razonamiento psiquiátrico es etiológico. Consiste en plantear la siguiente cuestión: ¿cuál es la patología subyacente en los síntomas reconocibles?

Una demanda en progresión, un contexto médico en evolución

En 1960, una encuesta del CREDOC da cuenta de que, luego de las afecciones estacionales (gripes, etc.) y las afecciones digestivas "el grupo más importante está [...] constituido por un conjunto de afecciones que pueden parecer bastante dispares. Reúne los trastornos psíquicos, los insomnios, las migrañas, cefaleas, neuralgias y dolores no relacionados con una causa precisa".[91] Los trastornos funcionales representan el 11,8 % del consumo farmacéutico. Los autores subrayan que el método no les permite distinguir entre los trastornos psíquicos autónomos y los que son consecuencias de una afección orgánica, pero esta dificultad es igualmente imputable "al nivel mismo de los conceptos médicos y de las posibilidades de diagnóstico."

En el prólogo del número especial de *La Revue du praticien*, consagrada a los síndromes depresivos en 1963, el Dr. Laplane anota que "los estados depresivos tienen, en la práctica, una importancia considerable tanto por su frecuencia como por los riesgos que entraña su desconocimiento y la eficacia de las terapias que pueden oponérsele". Como toda la literatura de la época subraya también que dichos estados representan "ciertamente una proporción importante de toda clientela de un médico generalista".[92] Una encuesta de 1965 sobre las prácticas privadas estima que el 80 % de la clientela de los generalistas se compone de "enfermos funcionales".[93] El "vasto grupo de depresiones y de neurosis tratadas en la práctica privada" parece crecer sensiblemente, confirma Claude Blanc en 1966.[94]

90 P. Kielholz, artículo citado, p. 398.

91 M. Magdelaine y J.-L. Portos, "La consommation pharmaceutique des Français", *Annales du CREDOC*, n° 3, julio-septiembre de 1966, citado por H. Péquignot y P. Van Aamrongen, "Prescription et utilisation des neuroleptiques", *Confrontations psychiatriques*, 1975, *op. cit.*, p. 206.

92 D. Laplane, "Prólogo" número especial de la *Revue du praticien* dedicado a los síndromes depresivos, 1° de octubre de 1963.

93 J.-C. Sempé, "Pratiques et institutions privées", *L'Évolution psychiatrique*, noviembre de 1965, suplemento del n° 3, "Livre blanc de la pschyatrie française", p. 141.

94 C. Blanc, artículo citado, *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, p. 709.

La demanda privada de los que asumen problemas psicológicos se encuentra en neta progresión en el curso de los años 1960: así lo demuestran todas las fuentes. En 1967, había mil seiscientos psiquiatras ejerciendo en instituciones privadas: "Sólo se sabe que no están ociosos en absoluto y que toda su clientela, tanto en el consultorio como en la clínica, se traduce en un rápido éxito."[95]

Los médicos deben estar, por lo menos, sensibilizados por la psicología clínica, y poseer un mínimo de conocimientos psiquiátricos. "Queda mucho por hacer todavía, estima Ey en 1965, pero la introducción de la psicobiología en las escuelas de medicina es un fenómeno de la mayor importancia."[96] Tres años más tarde, Jean Guyotat continúa en el mismo tono: "Desde esta fecha, se puede decir que lo que caracteriza cada vez más al movimiento de la psiquiatría, es la penetración progresiva de la psiquiatría y de las instituciones psiquiátricas en el medio social."[97] Habla, sin duda, de un sector, pero también de la medicina general, pues "más del 30 % de la clientela está afectada por problemas que ponen de manifiesto la necesidad de una competencia psiquiátrica. Una formación psicopatológica se vuelve, entonces, indispensable. Numerosos coloquios ponen esta cuestión a la orden del día: el congreso mundial de psiquiatría de Madrid en 1966, el congreso de psiquiatría y de neurología de lengua francesa de Dijon en 1967, el simposio de la medicina psicosomática de París en 1967, el de la sociedad de psicología médica de Rennes en 1968, etc. Pero la insuficiencia de la formación psiquiátrica de los generalistas es un tema recurrente: los clínicos no alcanzan a sobrepasar su función de "dadores de medicamentos", abusan de fortificantes y de estimulantes, que asocian sistemáticamente a tranquilizantes.[98] En una investigación sobre el ejercicio de la psiquiatría en Francia, los psiquiatras cuestionados insisten en una mayoría cada vez más importante sobre la necesidad de una colaboración estrecha con los clínicos generalistas, "pero las quejas respecto de la perspectiva de los generalistas se expresa bastante vivamente":[99] ya sea porque hacen un diagnóstico de neurosis demasiado apresurado y envían al paciente, que nada había pedido y se encuentra horrorizado, al psiquiatra, ya sea porque se polariza sobre los síntomas.

Si las quimioterapias hacen necesaria la práctica psiquiátrica ¿qué quiere significar esto? Su definición "es tan larga como imprecisa", "va de la simple escucha, del buen consejo, de la actitud comprensiva, al intento de conocimiento y al dominio de la relación del paciente respecto de su médico".[100] Cada vez más, el vocablo designa técnicas variadas cuyo dominio requiere una formación: psicoanálisis freudiano, pero también jungiano, ensoñación, ejercicio autógeno,

95 M. Henne, "Besoins nationaux et nombre de médecins psychiatres nécessaires à l'exercise de la psychiatrie en secteur privé et en secteur public", *La Revue du praticien*, 32, nº 4, p. 787.

96 Henri Ey, artículo citado, *La Revue du praticien*, tomo XV, 7 de diciembre de 1965, p. 73.

97 J. Guyotat, "Perspectives actuelles de la psychiatrie", *La Revue du praticien*, tomo XVIII, nº 31 bis, 7 de diciembre de 1968, p. 111.

98 J. C. Sempé, artículo citado, p. 142.

99 Y. Bertherat, "Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France", *L'Information psychiatrique*, nº 3, mayo de 1965, p. 223.

100 J.-C. Sempé, artículo citado, p. 148.

relajación, grupos terapéuticos, etc. ¿Los clínicos generalistas deben iniciarse en todas ellas? ¿Cómo hacerlo? Pues "se sabe que la psiquiatría no es, en la enseñanza de la medicina, nada más que la hermana menor de la neurología".[101]

A finales de la década de 1950, los psiquiatras hospitalarios se interesan cada vez más en las psicoterapias, y sobre todo en el psicoanálisis.[102] Éste comienza a ocupar un lugar notable en la psiquiatría. La resonancia en los medios psiquiátricos del coloquio de Bonneval sobre el inconsciente organizado por Henri Ey, publicado en 1966, estimula la atracción del psicoanálisis.[103] En 1960, ninguno de los jefes de servicio de psiquiatría de la región parisiense tenía formación psicoanalítica; en 1965, son diez sobre treinta y tres.[104] Un tercio de los neuropsiquiatras del departamento del Sena son psicoanalistas –esta proporción es única en relación con el conjunto de Francia–.[105] Las corrientes psiconalíticas "se vuelven cada vez más poderosas", confirma Ey en 1965, mientras se desarrollan paralelamente las terapias de grupo y la psicosomática.[106] La primera conferencia internacional sobre la formación de médicos es organizada por la clínica Tavistock en 1962, en Londres, la segunda tiene lugar en París en 1964: las mismas "han permitido discutir muy largamente todos los problemas planteados por la formación psicológica indispensable a los médicos".[107] Pierre Pichot es elegido para la primera cátedra de psicología médica de la facultad de medicina de París. Se publican manuales destinados a los estudiantes de medicina y a los médicos.[108] Se expone en ellos la diversidad de técnicas (hipnosis, ejercicio autógeno, etc.). Los primeros grupos Balint aparecen en 1959, y la sociedad médica de grupos Balint se funda en 1967: éstos inician a los médicos en la relación terapéutica con la práctica cotidiana.[109] Pero el impacto de estos grupos sigue siendo marginal. "Hace diez años, declara el Dr. Kammerer, en una época en que éramos muy pocos para ser analizados, había un cierto número entre nuestros colaboradores más avanzados que no tenían idea de lo que era la psicoterapia. Ni la menor idea."[110] A finales de los años 1960, el psicoanálisis se expande en la psiquiatría, numerosos internos emprenden una cura, y muchos de entre ellos serán los futuros patrones de la psiquiatría francesa.

101 G. Daumézon, citado por Yves Bertherat, artículo citado, p. 234.

102 P. Balvet, artículo citado, pp. 11 y 13.

103 Según Élisabeth Roudinesco "después de Bonneval, los internos marcharán hacia el diván lacaniano, leyendo al mismo tiempo *L'Histoire de la folie*", *op. cit.*, vol. II, p. 316.

104 R. Castel, *La Gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981, p. 94.

105 J.-C. Sempé, artículo citado, p. 148.

106 H. Ey, artículo citado (1965), p. 71.

107 *Ibid.*, p. 72.

108 P. Delmas-Marsalet, *Précis de psychobiologie*, 1961; J. Delay y P. Pichot, *Abrégé de psychologie*, 1962; P. Nayrac, *Éléments de psychologie*, 1962; C. Koupernik, *Les Médications du psychisme*, 1963.

109 G. Procaci, "Des médecins en quête d'auteur ou les ruses de la médecine du sujet", en J. Carpentier, R. Castel, J. Donzelot, J.-M. Lacrosse, A. Lovell, G. Procaci, *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/CORDES, noviembre de 1980.

110 "Table ronde", en P.-A. Lambert (dir.), *op. cit.*, p. 204.

El primer artículo que evoca los antidepresivos en *La Revue du praticien* data de 1958: "Las sustancias psicotrópicas han conseguido [...] convertirse en la vedette de la actualidad terapéutica." La imipramina, que todavía no se comercializa en Francia "posee una acción en los estados depresivos. Sin embargo, no calma ni euforiza".[111] Hay aquí un énfasis sobre la especificidad antidepresiva. La literatura médica ya es rica, pero también "la perplejidad de los clínicos",[112] pues los artículos sobre las indicaciones terapéuticas son raras. Ahora bien, guiar el diagnóstico y la prescripción es esencial para los generalistas, tanto más, como lo repetirá incansablemente *La Revue du praticien*, cuanto que representan una parte importante de la clientela cotidiana. El punto capital es diagnosticar bien la patología subyacente de estos "sujetos inadaptados a las condiciones de vida (profesional, familiar) que les son dadas":[113] el uso de una molécula, no debe *en ningún caso* ser separado de la psicoterapia; es necesario no perder *jamás* de vista que su acción sintomática sobre la ansiedad, las tensiones emocionales o el insomnio no son más que paliativos, y que la causa profunda, biológica o psicológica, debe ser cuidadosamente indagada y tratada".[114] Distinguir los síntomas de la enfermedad es una constante de artículos de la revista. Pero ¿cómo diagnosticar una patología de manifestaciones clínicas tan numerosas, de una etiología desconocida, para las cuales rápidamente van a existir un "número creciente de estas drogas, como lo indica un psiquiatra en 1962, que se quieren todas superiores a las más antiguas y cada vez menos dotadas de efectos tóxicos sobre el conjunto del organismo"?[115]

En efecto, "es un diagnóstico alcanzado a la vez demasiado a menudo y demasiado raramente". Demasiado a menudo, pues los clínicos generalistas diagnostican arrebato ansioso, crisis histérica o episodio delirante como estado depresivo. Demasiado raramente, pues los estados depresivos en él comprendidos "los más típicos, son calificados de astenia o *surmenage,* y el reposo en el campo que se diagnostica en esos casos desarraiga al enfermo desdichadamente, lo cual puede terminar trágicamente".[116] Se ve que el caos descripto por Kielholz es muy real y que, en los comienzos de los años 1960,

111 M. Perrault, "La thérapeutique en 1958", *La Revue du praticien*, nº 33, p. 3761. Véase también el análisis del contenido realizado por Claude Legrand, *Médecine et malheur moral-Les modes de prescription de psychotropes dans la presse professionelle depuis 1950,* MIRE-LERS, noviembre de 1996.

112 *Ibid.*, p. 3753.

113 *Ibid.*, p. 3754.

114 *Ibid.*, p. 3754. El subrayado es mío.

115 R. Coirault, "Introduction au problème des états dépressifs", "Généralités sur la thérapeutique des états dépressifs", simposio del 26 de marzo y del 16 de diciembre de 1962, *Annales Moreau de Tours,* tomo II, 1965, p. 69.

116 D. Laplane, "Prólogo", artículo citado, p. 2979.

la depresión está en camino de tomar la huella de toda una serie de pequeñas patologías mentales: ella las redefine.

La existencia de una quimioterapia eficaz se considera como "un evento de alcance considerable [...] Se adquiere ahora y, desde el comienzo, con las facilidades de su empleo y de los porcentajes de éxito, que satisfacen a los más difíciles y convocan a los más reticentes".[117] Los antidepresivos aparecen en la categoría de energizantes como los nuevos productos al lado de las anfetaminas.[118] Cerca de una decena de moléculas se ponen en experimentación a mediados de la década de 1960, y no dejan de aparecer nuevas sustancias. ¿Según qué criterios van a hacer los médicos su elección? Cada vez más, tienen la tendencia a confundir los géneros de psicotrópicos y conocen mal las reglas de empleo de los antidepresivos ¿Cuáles pueden ser las indicaciones del cuerpo a fórmulas, a modos de acción y a propiedades tan diferentes? El médico debe tener en cuenta una multiplicidad de factores (sociales, psicológicos y orgánicos) que suscitan respuestas patológicas diversas (ansiedad, astenias, etc.).

No se debe sustituir a los psiquiatras, pues la terapéutica no es simple más que en apariencia, "los síntomas son tan particulares y las trampas tan frecuentes".[119] La amplitud de estas patologías en medicina general y la heterogeneidad de los síntomas que hacen difícil el diagnóstico y delicada la terapéutica son los temas recurrentes. No ser nocivo es, recordémoslo, la regla deontológica mayor de la medicina. Los médicos deben distinguir "la depresión melancólica [que] es el estado típico",[120] hereditario y reincidente, y las depresiones simples y/o neuróticas que son reaccionales. La supervisión del tratamiento debe ser rigurosa en tanto que capaz de seguir la evolución de una sintomatología engañosa y, al mismo tiempo, en cuanto que los riesgos de suicidio son importantes entre los melancólicos y en las depresiones endógenas.[121] El temor mayor de los médicos es el suicidio, pues el aumento de la inhibición precede al mejoramiento del humor. Las indicaciones "deben ser sopesadas cuidadosamente: en los casos graves, la demora de la acción y ciertos inconvenientes de los antidepresivos pueden hacer que se prefieran otras terapéuticas, y especialmente el electroshock; en los casos benignos no es conveniente hacer correr al enfermo los riesgos que su estado no justifica".[122] El tratamiento debe ser proseguido al menos dos

117 L. Bertagna, "La chimiothérapie des états dépressifs", *La Revue du praticien,* tomo IX, nº 21, 21 de julio de 1959, p. 2313.

118 M. Perrault, artículo citado, *La Revue du praticien*, 1964, p. 3758. Los energizantes otorgan "al sujeto el equilibrio indispensable para el desarrollo de su personalidad", escribe el Dr. Laplane, artículo citado, p. 3761.

119 L. Bertagna, artículo citado, p. 2313.

120 *Ibid.*, p. 2313.

121 "El mejoramiento por [el nombre comercial de la imipramina] puede ser cuestionable en la medida en que la superación de las inhibiciones o de la indecisión precede a la desaparición del pesimismo fundamental", *ibid.*, p. 2314.

122 D. Laplane, "La utilisation pratique des médicaments antidépressifs", *La Revue du praticien*, 9 de diciembre de 1964.

meses después de la superación de los síntomas, momento en que la remisión se consolida.

Los síntomas de tristeza y de dolor moral son el núcleo del humor depresivo. "La inhibición y el dolor moral [...] [que] se resumen en una impresión general de tristeza"[123] constituyen el trasfondo principal "sin el cual no es posible hablar de depresión."[124] La depresión produce un "sentimiento de desvalorización de sí mismo, que colorea todos los otros aspectos que comportan reducción y lentitud del curso de las ideas, de la incitación y de la acción: la tristeza causa atascamiento, el cual es, finalmente, secundario. Ante todo, es necesario no confundirla con el estado de ansiedad, tanto más cuanto que no siempre es percibida la distinción entre antidepresivos y ansiolíticos en la medicina general.[125]

Cuando el médico ha diagnosticado un síndrome depresivo, le es necesario precisar qué tipo de depresión le toca atender: melancólica, endógena, neurótica, reaccional, sintomática[126] (de una enfermedad orgánica). Las propias depresiones neuróticas pueden asumir diversas formas. La única cosa cierta es que no se trata de una entidad psiquiátrica, sino de un "síndrome observable tanto en el enfermo mental, reconocido o no, como en un sujeto de apariencia normal".[127] Las relaciones entre la ansiedad y la depresión son particularmente delicadas en el momento de definirlas: si la depresión no es la ansiedad, sí existen depresiones ansiosas. Por suerte, las moléculas que se utilizan en los tratamientos han permitido atraer la atención sobre una distinción: algunas actúan particularmente sobre la ansiedad, otras son, ante todo, estimulantes. En 1967, la distinción parecía ser bien clara.[128]

Otro problema complica todavía más la cuestión. En la medida en que, gracias a los medicamentos psicotrópicos, las enfermedades mentales ya no siguen un curso natural que pueda prestar las dos voces de la cronicidad o de la curación, una cuestión clara se plantea: ¿modifican los cuadros clínicos que habían trazado los psiquiatras antes de su invención? La semiología se

123 D. Laplane, artículo citado (1963), p. 2979.

124 S. Follin, "Séméiologie des états dépressifs", *La Revue du praticien*, 1° de octubre de 1963, p. 2987. Thérèse Lempérière: "Lo que es patológico, es que la tristeza lo invade todo al punto de absorberlo enteramente sin que pueda librarse de ella", *ibid.*, p. 3201.

125 Véase J. Lereboullet, "Nouveaux neuroleptiques et tranquillisants", *La Revue du praticien*, tomo XII, número especial, 7 de diciembre de 1962, p. 122.

126 M. Bergouigan, "Les dépression symptomatiques", *La Revue du praticien*, 1° de octubre de 1963, p. 3033.

127 A. Des Lauriers, "Le risque de suicide chez les déprimés", *La Revue du praticien*, 1° de octubre de 1963, p. 3033. Pierre Deniker, en la misma ocasión, recuerda también que "el diagnóstico de depresión está lejos de ser fácil [...] El término depresión comporta, por otra parte, tanto en la boca del médico como en el lenguaje corriente, una acepción a menudo vaga que cubre hechos clínicos muy diferentes", "Traitements des états dépressifs", p. 3063.

128 Véanse las notas de J. Guyotat sobre la ausencia del efecto ansiógeno de la clorpromazina que es la molécula de referencia anterior al *Prozac*, "Perspectives actuelles de psychiatrie", *La Revue du praticien*, tomo XVIII, n° 31 bis, 7 de diciembre de 1968, p. 117. J. Lereboullet, C. Derouesné y J.-P. Klein evocan una nueva molécula que, por el contrario, dinamiza, "La neuropsychiatrie en 1967", *La Revue du praticien*, tomo XVIII, n° 18, p. 2707.

transforma rápidamente bajos los efectos del tratamiento,[129] y los síntomas presentes pueden aumentar la confusión. El problema se planteaba ya para el electroshock, pero se ha multiplicado con los medicamentos porque son numerosos, y porque una misma clase de medicamentos revela poseer una eficacia diferenciada. Las "especies mórbidas [...] parecen heterogéneas".[130] ¿Por qué métodos homologarlas?

El uso de antidepresivos sigue limitado porque es delicado. Sus efectos secundarios (sequedad de la boca, trastornos de la memoria, constipación, temblores, aumento de peso) y tóxicos (problemas cardiovasculares, a veces mortales) se suman a la lentitud de su acción. Su maleabilidad es compleja, porque deben ser prescriptos en dosis muy variables, según las enfermedades. Si la medicación no surte efecto, es necesario recomenzar con otra. Se comprende que los antidepresivos sean poco empleados. Los psicotrópicos pasan del noveno al quinto rango del consumo médico entre 1965 y 1970, gracias a la prescripción de hipnóticos y ansiolíticos.[131]

En este contexto, los medicamentos no suscitan sospechas en absoluto. Una obra de 1970 destinada al gran público explica que, en nuestras sociedades de bienestar, "se pasa de los medicamentos para enfermos a los medicamentos para gente normal en dificultades, luego, a los medicamentos para facilitar la vida de la gente en estado normal".[132] Se informa al lector sobre las investigaciones que tratan de poner a punto "compuestos químicos desprovistos de toxicidad [...] Serán mañana los verdaderos medicamentos del bienestar".[133] No hay ningún interrogante respecto de si se debe tratar el malestar de vivir. La alusión a los futuros medicamentos desprovistos de toxicidad aparece, por otra parte, desde el lanzamiento mismo de la clorpromazina. "Mi amigo Henri Ey, declara Delay en 1955, ha criticado con justicia esta noción de «aspirinas psiquiátricas», pero me permitiría poner de relieve que la aspirina es un gran medicamento, y que nos gustaría disponer en psiquiatría de algunas «aspiri-

129 Este tema se convierte en un lugar común. Véase, por ejemplo, Fouks *et al.*, en el simposio sobre los IMAO de junio de 1962, artículo citado ("Una nueva semiología está próxima a nacer bajo el efecto de las drogas que los clásicos no conocieron en absoluto, y en previsión de que los jóvenes ya no conocerán otras.") "La utilización corriente de los antidepresivos [...] conduce a consultas de enfermos cuya sintomatología, menos típica, requiere más refinamiento diagnóstico", A. Villenueve, "Aspects modernes de los trastornos del humeur", *L'Encephale*, V, 1979, p. 431.

130 J. Delay, "Discurso presidencial" (discurso de apertura) en *op. cit.*, p. XIX.

131 Véase P.-A. Lambert, "Sur quelques perspectives de la psychopharmacologie", *Confrontations psychiatriques*, n° 9, 1972, p. 238.

132 P. Fougère, *Les Médicaments du bien-être*, Paris, Hachette, colección "On en parle", 1970, p. 8.

133 *Ibid.*, pp. 169-170. Según el Dr. Paul Chauchard, la industria investiga "los compuestos químicos desprovistos de toxicidad [...] capaces de actuar en todos los casos. [...] Así, el generalista tendría a disposición un medicamento a la vez manejable y activo, que podría prescribir "sin detenerse a pensar" en las personas llamadas nerviosas, que presentan en varias ocasiones estos síntomas, y que tienen una propensión a desarrollar afecciones psicosomáticas. Podrían beneficiar los tratamientos de este género de enfermedades sometidas a situaciones conflictuales, a "dificultades de adaptación afectiva, familiar, profesional o social." [...] Las

nas»".[134] En una concepción en la que se propone a los pacientes interesarse en su conflictividad psíquica, un medicamento anodino que mejorase su bienestar interior sería una buena nueva: nadie lo pide si no se trata de verdaderos enfermos. Por el contrario, hay aquí una autorización a estar psíquicamente enfermo. Es éste uno de los vectores de la entrada de la intimidad en las costumbres.

El tema de la vida moderna participa del mismo movimiento. Aparece desde los primeros artículos consagrados a los antidepresivos por *La Revue du praticien*, en 1958. El hombre moderno "tiene demasiadas ambiciones y contradicciones; la civilización occidental no comporta nada más que ventajas y, en todo caso, se las hace pagar caras" por medio de "estados de malestar neuropsíquico". El papel "de las drogas psicotrópicas" es "devolver a los pacientes la alegría de vivir, a la cual, justamente la vida moderna y el progreso de la técnica no cesan de atacar".[135] La "vida moderna" no deja dudar a la medicina de la existencia de patologías, al contrario. "¿Acaso no se ven todos los días enfermos que, con o sin síndrome orgánico, ven su vida dominada por su tono psíquico?, explica un médico en un simposio, en 1962. La depresión parece dominar toda la vida del hombre moderno. Este hecho es inquietante."[136]

El cúmulo de dificultades en absoluto otorga a los generalistas los medios para desarrollar una práctica coherente y estandarizada. Distinguir la ansiedad de la depresión, diferenciar los tipos de depresión, remitir los casos urgentes a un trasfondo neurótico o a alguna otra categoría psiquiátrica, todo ello configura una tarea imposible. La depresión endógena se calca sobre la melancolía: los individuos encuentran en ella la ausencia de una causa exógena, de antecedentes familiares o de accesos anteriores en su persona, ya sea maniáticos o depresivos, un deseo de muerte se manifiesta, por ejemplo, en el sentimiento de que uno es una carga inútil para los demás. En las depresiones exógenas –las más numerosas– es necesario distinguir el caso

futuras investigaciones se orientarán seguramente en esta vía [...] Serán en el mañana los verdaderos medicamentos del bienestar". P. Chauchard, *La Fatigue*, Paris, PUF, colección "Que sais-je?", 1968, 4ª edición. Cuando el Dr. Coirault insiste, en 1962, sobre la toxicidad de los antidepresivos, ello conduce a una esperanza que es el leitmotiv del período: "En todo caso, creemos que las investigaciones actuales concluirán con la puesta a punto de sustancias nuevas, perfectamente manejables, sin toxicidad [...] Pronto, tendremos a nuestra disposición productos eficaces... y anodinos", R. Coirault, artículo citado, p. 70. "El gran número de efectos secundarios y la ausencia de una acción causal nuestran netamente que todavía estamos muy lejos de un antidepresivo ideal", P. Kielholz, artículo citado (1962), p. 401.

134 J. Delay, "Apertura", *Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques et thérapeutique psychiatrique*, *L'Encephale*, nº 4, 1956, *op. cit.*

135 M. Perrault, artículo citado, p. 3753 y 3762. El farmacólogo Delphaut escribe en 1961 que "se ha calificado de «píldora del bienestar» a este medicamente [la iproniazida] que devuelve el sentimiento de gusto por la vida", *op. cit.*

136 R. Coirault, "Introduction au problème des états dépressifs", "Généralités sur la thérapeutique des états dépressifs", simposios de 1962, *Annales Moreau de Tours*, *op. cit.*, p. 69.

según la presencia o la ausencia de una relación entre personalidad y evento desencadenante. Cuando el episodio depresivo está ligado a un acontecimiento, no se trata de una psiconeurosis de defensa. Lo inverso ocurre cuando el acontecimiento tiene un papel poco importante, pues el motivo es de origen psicógeno, y la depresión es síntoma de conflictos psíquicos.

Entre las psicoterapias destinadas al fracaso, porque solamente la timia está enferma, y las farmacoterapias, eficaces incluso en las neurosis ¿no conduce el caos nosográfico a un diagnóstico imposible? De allí la fórmula mágica de resolución de la incertidumbre que es la prueba terapéutica: "En la práctica, es el éxito de la terapéutica antidepresiva lo que más a menudo confirmará los casos dudosos."[137] Al final, la consecuencia principal de los antidepresivos es que demuestran a los médicos que la depresión no es más que una enfermedad imaginaria. Según Luis Bertagna, responsable del rubro "psiquiatría" de *La Revue du praticien* desde los años de la década de 1950, "la enfermedad depresiva [...] toma entonces su verdadera fisonomía de enfermedad auténtica ligada a un desarreglo psicológico, y no se separa de otros tipos de acción médica más que por su expresión psicológica".[138] En 1970, se habrían diagnosticado nueve millones de casos de neurosis y de trastonos de personalidad.[139]

La farmacología es un medio de interesarse en su vida íntima

Si no importa qué es lo que provoca no importa qué tipo de depresión, los matices, las aproximaciones y las contradicciones son tales que no es posible correlacionar un tipo de personalidad con un tipo de depresión. De allí, un mínimo consenso: actuando químicamente sobre el síndrome tímico, el medicamento prepara al paciente para afrontar sus conflictos psíquicos, lo cual lo lleva a convertirse en el agente terapéutico de su propio mal. En semejante caos, la insuficiencia tímica y la conflictividad psíquica se refuerzan mutuamente: mantienen, a pesar de las múltiples dificultades evocadas, síntomas y síndromes en una problemática de sujeto enfermo. El nacimiento de la biología del humor, luego del descubrimiento de los neurolíticos, de los ansiolíticos y de los antidepresivos, constituye el motor de una atención nueva por parte de los médicos hacia las emociones, hacia los sentimientos, hacia la vida afectiva.

La depresión forma parte del paisaje de la medicina general desde la segunda mitad de los años 1960. En ocasión de las reuniones regionales de medicina consagradas a los estados depresivos, en 1972, numerosos concurrentes señalaron la inflación del término, y ello por dos razones: la extensión del diagnóstico mismo, pero también el empleo del término "depresión" para tranquilizar a la familia del enfermo, para no estigmatizar al paciente

137 P. Deniker, artículo citado, p. 3064.
138 L. Bertagna, artículo citado, p. 2322.
139 P.-A. Lambert, artículo citado, p. 238.

psicótico en los certificados médicos destinados a su empleador y para evitar confrontar de un modo demasiado brutal con un diagnóstico de esquizofrenia. "De hecho, el público, los médicos y, de manera forzosa, los psiquiatras, son llevados a bautizar así a un número excesivo de perturbaciones psíquicas, de las cuales la mayoría no entra en el marco de los estados depresivos."[140] La depresión es un trastorno socialmente aceptable, pero al transformarse de este modo pierde su significación médica.[141] Se convierte en un vocablo de atracción semántica.

A todo lo largo de la década de los años 1960 emerge una oferta médica y un lenguaje que permite que se formule una demanda de tratamiento. Revistas de gran tirada y obras de psicología popular, como se verá, se hacen eco de este proceso, crean un espacio social donde se enuncian palabras cotidianas que cada uno puede apropiarse a gusto –de qué manera se apropian los lectores es otro problema. Otorgan calificativos *comunes* a lo que *cada uno* es personalmente susceptible de experimentar de manera indistinta en sí mismo. El conjunto de estos elementos contribuye a dar un lugar social a la vida interior, a instituir un lenguaje propio de la psiquis. Para curarse, incluso por medio de una molécula, es necesario que el paciente se interese por su intimidad. No puede reducirse a su enfermedad, debe ser un sujeto de sus conflictos.

La dificultad de remitir la depresión a tal o cual categoría es el nudo de las incertidumbres diagnósticas. Su carácter equívoco, resultado de la combinación entre heterogeneidad y universalidad, es el mecanismo de su futuro éxito. La imposible definición conducirá a apilar síndromes depresivos sobre síndromes depresivos, a descomponer los antiguos para agregar los nuevos. Esta transformación interna de la psiquiatría tendrá consecuencias prácticas considerables en el contexto de permanencia de la noción de persona que ya se ha iniciado silenciosamente con el bienestar, el consumo y la movilidad social. Al hacer entrar las vicisitudes de la vida moderna en la cura, al familiarizar con ellas a la medicina, se desencadena una dinámica que termina por instituir un lenguaje social específico de lo íntimo. Esta dinámica contribuye a la socialización de la psiquis. Paralelamente, implica una psicologización de la sociedad. Los cuadros disciplinarios y las prohibiciones que ciñen a la persona comienzan a quebrarse.

140 M. Porot, "Assises départamentales de médecine sur les états dépressifs" (1972), *Les Cahiers de médecine*, nº 7, junio de 1973, *op. cit.*, p. 468.

141 "A fuerza de ser utilizado, el término depresión no significa nada. El delirante crónico dirá a su médico que ha sido hospitalizado [...] por «depresión»", M. Laxenaire, *ibid.*, p. 467.

Segunda Parte

EL CREPÚSCULO DE LA NEUROSIS

No puedo someterme al destino por mucho tiempo
más. Lo que quiero no era ser bueno
como nuestra tradición lo entendía, sino hacer mi propio
camino. Pero ¿cómo? ¿Qué tendré que sufrir? [...]
Esta ansiedad ha comenzado a corroerme.

V. S. NAIPAUL
La Courbe du fleuve,
1982.

La liberación sexual ha reemplazado el temor a la
falta por la preocupación de la normalidad.

AUGUSTIN JEANNEAU
"Les risques d'une époque
ou le narcissisme du dehors", 1986.

CRISIS DE LA DEPRESIÓN NEURÓTICA, CAMBIO EN LA CONFIGURACIÓN DEL SUJETO

Se puede, a finales de los años 1960, clasificar razonablemente la depresión en tres grandes conjuntos: la depresión endógena, la depresión neurótica[1] y la depresión reaccional, necesariamente exógena. La primera tiene por origen lo somático más profundo, sus mecanismos son biológicos, afectan las sensaciones, las emociones, los sentimientos, en suma, la experiencia psíquica y subjetiva. La segunda es la que pone más en juego la noción de personalidad: se la quiere más cercana al desorden *psico*patológico. La tercera pone el acento en el acontecimiento exterior que es su motivo: puede afectar a los mejor preparados y más equilibrados en el plano psicológico.

Si el lugar de los antidepresivos en el tratamiento sigue siendo objeto de discusiones, no hay, en el período que acabamos de examinar, ninguna duda sobre el hecho de que la psicoterapia es la principal indicación terapéutica. Cualesquiera sean sus límites, las categorías de neurosis ligadas a la de melancolía "tienen" síndromes depresivos. Janet es la referencia de Delay para nombrar los tipos de efectos de los medicamentos psicotrópicos; Freud es el foco de la definición de las psicoterapias, porque también aporta elementos a la comprensión de la psicogénesis de las psicosis –de Lacan a Guiraud. Sin embargo, los contenidos y las fronteras nosológicas de los tipos de depresión son objeto de desacuerdos tales que se hallan en un *impasse*, *impasse* que testimonia el desorden existente en las clasificaciones o en las prescripciones de la medicina general.

La depresión es una entidad crucial, los profesionales están de acuerdo en este punto, cualesquiera sean sus orientaciones. En 1980, en la alocución final de un coloquio europeo sobre la depresión Pierre Pichot, quien es, junto con Pierre Deniker, el más prestigioso representante de Sainte-Anne, declara: "Uno se encuentra ante la cuestión de la subdivisión posible de esta clase, a

1 Endógena o exógena, según los abordajes.

la vez única por su fondo común, y múltiple por sus aspectos, sus condiciones de aparición y sus mecanismos."[2] Se acaba de ver que es difícil obtener criterios que diferencien netamente, de un lado, depresiones endógenas y depresiones exógenas y, del otro, los diferentes tipos de depresiones exógenas, los unos respecto de los otros. ¿Cómo dejar atrás el caos diagnóstico a causa del cual los médicos generalistas deben superar obstáculo tras obstáculo?

En las discusiones sobre la etiología, el diagnóstico y la eficacia terapéutica de tal o cual abordaje o de tal o cual producto, el grupo más débil y el más diagnosticado es la depresión neurótica. Neurosis es aquí un vocablo importante: el conflicto intrapsíquico se manifiesta por medio de síntomas depresivos, y es éste el conflicto que es objeto de la acción terapéutica. En esta clase patológica, las nociones de sujeto y de conflicto se imbrican hasta tal punto que son equivalentes: un sujeto es sujeto de sus conflictos.

La psiquiatría encuentra dos grandes soluciones clasificatorias para poner un poco más de coherencia en el diagnóstico. Ahora bien, cada una contribuye de manera totalmente diferente a la declinación de la neurosis en tanto expresión de un conflicto psíquico.

La primera solución es la propuesta por los psiquiatras de orientación psicoanalítica. Ésta pone el acento sobre la noción de personalidad depresiva: el síndrome depresivo no es ni psicótico ni neurótico, es un "estado límite". El neurótico es un hombre conflictivo pues "es aquel que deja aparecer el conflicto inconsciente".[3] La "personalidad depresiva" es incapaz de hacer advenir sus conflictos, de representarlos, se siente vacía, frágil, y tiene dificultades para soportar las frustraciones. De allí su tendencia a adoptar comportamientos dependientes y su búsqueda de sensaciones. En el lenguaje psicoanalítico, se diría que la persona en cuestión se sitúa menos en un registro conflictual que en un registro que se denominaría clivado, caracterizado por una suerte de rigidez interna en el cual los elementos no se encuentran ni en conflicto ni en relación: la persona está dominada por un sentimiento de insuficiencia. Hay un gran cambio en la configuración de sí mismo: la falla íntima se transforma en carencia interior.

La segunda solución evacua la noción de personalidad y la competencia clínica del psiquiatra gracias a la utilización de un modelo llamado *neo-kraepeliniano:* dado que los psiquiatras no llegan a ponerse de acuerdo sobre las causas y, en consecuencia, sobre las enfermedades subyacentes a los síndromes, es suficiente separar la semiología del problema etiológico, es decir de la cuestión: ¿a qué patología subyacente remite una serie de síntomas? El medio técnico consiste en elaborar criterios *estandarizados* que describan claramente los síndromes y puedan constituir así buenas guías para el diagnóstico. Vamos a atravesar el Atlántico para describir esta solución, pues la misma se elabora en Estados Unidos: la perspectiva de los

2 P. Pichot, "Conclusiones" del coloquio. "Confrontation multidisciplinaire européene sur la dépression", Monaco, 5 y 6 de diciembre de 1980, actas publicadas en *L'Encephale*, vol. VII, nº 4, 1981, p. 567.

3 L. Israël, *L'Hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, 1976, p. 31.

psiquiatras, ampliamente modificada de este modo asiste, con el lanzamiento de un documento, a una segunda revolución psiquiátrica: la tercera versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos psiquiátricos.* La jerga profesional designa a este documento con la sigla DSM-III. Lo biológico, lo psíquico y lo social forman, de ahora en adelante, un triángulo crucial en el nuevo *mainstream* psiquiátrico que se diseña en el curso de la década de 1970. Entramos en la era de lo que la psiquiatría llama lo "biopsicosocio".

Estas dos soluciones sellan el divorcio entre el modelo deficitario y el modelo conflictual. En la versión médica, el hombre deficitario es ante todo el objeto de su enfermedad. Es objeto en el sentido en que se define por el modo de padecer (poco importa que padezca de una falta de amor de la madre que se remonta a la primera infancia o de un índice de serotonina insuficiente): el deprimido no tiene ninguna necesidad de enfrentarse a sus conflictos, pues *tiene* una patología de la cual puede librarse. En la versión psicoanalítica, no llega a ser el sujeto de sus conflictos. El sujeto debe comprenderse en el sentido de sujeto de la acción –un agente– que se estructura en la posibilidad de representarse sus conflictos y, en consecuencia, estar mejor preparado para reencontrar "la libertad de decidirse por esto o por aquello",[4] como dice Freud a propósito de la curación. El hilo conductor de esta segunda parte es lo que lleva a asistir a una declinación de la referencia al conflicto y a la culpabilidad en provecho de figuras que, ante todo, ponen en juego el déficit y el bienestar.

Esta transformación de la noción de depresión se realiza en el contexto del cambio normativo que se vuelve sensible en el curso de los años 1960. En efecto, las reglas tradicionales de encuadramiento de los comportamientos individuales ya no son aceptadas, y el derecho a elegir la vida que se quiere llevar comienza, si no a ser la norma de la relación individuo-sociedad, al menos a penetrar en las costumbres. Las relaciones entre lo público y lo privado se modifican notablemente: lo primero aparece como la prolongación de lo segundo. En lugar de la disciplina y la obediencia, la independencia frente a las constricciones sociales y la ostentación de sí mismo; en lugar de la finitud y del destino frente al cual es necesario conformarse, la idea de que todo es posible; en lugar de la vieja culpabilidad burguesa y de la lucha por liberarse de la ley de los padres (Edipo), el temor de no estar a la altura, el vacío y la impotencia que de allí resulta (Narciso). De esta suerte, la figura del sujeto resulta ampliamente modificada: de ahora en adelante, trata de ser semejante sólo a sí mismo. A partir del momento en que *todo es posible,* las enfermedades de la insuficiencia vienen a tomar el lugar, en el interior de la persona, de los desgarramientos que le recordaban que *no todo está permitido.*

En el interior de las discusiones psicopatológicas y de estos cambios normativos, la depresión se ubica como el revés de una figura semejante del sujeto. Asocia la melancolía de edad clásica a la pasión igualitaria de los

4 "La acción del análisis, escribe en 1923, no ha vuelto capaces a las reacciones mórbidas más que de procurar al Yo del enfermo la libertad de decidirse por esto o por aquello", *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, citadas por Peter Gay, *En lisant Freud. Explorations et divertissements*, Paris, PUF, 1995, p. 98

tiempos democráticos, con lo cual, según la célebre fórmula de Andy Warhol, cada uno tendría derecho a su "cuarto de hora de celebridad". La depresión es el drama de una nueva normalidad que es, al mismo tiempo, una nueva normatividad (capítulo IV).

Sobre el frente médico (capítulo V) se dispone, de ahora en más, de datos que indican la importancia considerable de las demandas del acto de asumir problemas personales diversos por parte de la medicina general. Paralelamente, la especialidad psiquiátrica sobre la cual esta medicina puede apoyarse le ofrece soluciones prácticas para superar el caos diagnóstico. Esta especialidad pone de relieve la eficacia de un modelo deficitario. La depresión abandona el razonamiento consistente en buscar la patología subyacente. ¿Para qué poner al paciente a confrontar con sus propios conflictos si la asistencia médica compensa el sentimiento de insuficiencia? La entidad crucial se convierte así en trastienda. En la locura, el status terapéutico de los medicamentos psicotrópicos comienza a ser cuestionado: drogando a las personas ¿se las cura verdaderamente? La desconexión de los dos modelos de enfermedad, asociada a la erosión de las funciones reguladoras de lo prohibido, conduce a la interrogación sobre las fronteras de lo normal y de lo patológico. El continente de lo permitido cede el paso al continente de lo posible.

Capítulo IV

EL FRENTE PSICOLÓGICO: LA CULPABILIDAD SIN CONSIGNA

En el curso de un coloquio internacional dedicado a las depresiones, reunido en Nueva York en octubre de 1970, Heinz Lehmann lanza un porcentaje y una cifra que serán recordados por largo tiempo: en un momento dado, la prevalencia de la depresión alcanzaría al 3 % de la población mundial, cien millones de personas la sufrirían.[1] La depresión acaba de convertirse en la patología más extendida del planeta.[2] El suizo Paul Kielholz, director de la clínica psiquiátrica de Basilea, después de haber organizado dos congresos en Saint-Moritz, en 1972 y en 1973, fundó en 1975 el Comité internacional para el tratamiento y la prevención de la depresión con el fin de formar generalistas. La prensa médica evoca extensamente la depresión, como una moda: "La importancia acordada por la información no médica al «fenómeno depresivo», la relativa facilidad con la cual los pacientes evocan «su depresión» o la del prójimo, podrían hacer pensar que se trata de una moda. [...] Los argumentos avanzados para litigar en este sentido en una época en que vedettismo, *surmenage*, *dopping* (y a veces la depresión, considerada a menudo como una consecuencia de esto) se encuentran confundidos y, con frecuencia, hacen de ella «uno» de los grandes temas cotidianos [...] El vocablo depresión, en sí mismo, es sin duda utilizado abusivamente, un poco con culpa y al revés."[3] El tema florece. Se le encuentra en las revistas psiquiátricas tanto como en las de medicina general. "La civilización es, entonces, particularmente deprimente", escribe el Dr. Ragot en 1977 en la más antigua revista

1 H. Lehmann, "Epidemiology of depressives disorders", en R. R. Fieve (editor), *op. cit.*

2 En 1975, *L'Express* consagra un artículo a esta patología manteniéndose en la misma cifra. El tópico se retoma una y otra vez ("Le "trucs" anti-déprimé", *Elle*, n° 1931, 1983). Véase también la síntesis de L. Eisenberg, "La dépression nerveuse", *La Recherche*, n° 119, febrero de 1981.

3 A. Reigner, "La dépression... une mode?", editorial de *La Vie médicale*, fuera de serie "Les dépressions", septiembre de 1979, p. 3.

psiquiátrica francesa, los *Annales médicopsychologiques*.[4] Las revistas psicoanalíticas se apoderan igualmente del tema depresivo: "Si la depresión ha tomado el status de enfermedad de moda, subraya el psiquiatra-psicoanalista Jean Bergeret en 1976, es en parte, es necesario reconocerlo así, por causa de un consenso colectivo de devaluación de Edipo."[5]

Liberación psíquica e inseguridad identitaria

La depresión "se sitúa a todo lo largo de una línea que va desde el folklore médico a la muerte. En un extremo [...] la depresión "satisface todos los gustos", desde el punto de vista que se la confunde ahora, desagradando y deprimiendo, con el mito del individuo deprimido que será necesario volver a inflar como un viejo neumático. En el otro extremo: el acontecimiento que da sentido a la vida del hombre, a saber, la muerte".[6] He aquí bien resumido por un psiquiatra, en 1973, la impresionante situación de la depresión. Declinando sus diferentes facetas desde una verdad esencial para el ser del hombre hasta el pequeño abatimiento cotidiano, la depresión parece cubrir un espectro todavía más amplio que la neurastenia un siglo antes.

¿Cómo es que la depresión "es buena para todo"? ¿Qué es esta desvalorización de Edipo que favorece la eclosión de los trastornos depresivos? ¿Por qué la civilización es deprimente? ¿No se trata todavía de una época de optimismo? ¿Las cuestiones concernientes a la vida privada y a la intimidad no reconocen afortunadas transformaciones a lo largo de estos años? ¿El derecho a vivir la vida como cada uno elige no ha comenzado a convertirse en una realidad?

El período que se abre se caracteriza por una dinámica en la cual las dos fases son *liberación psíquica* e *inseguridad identitaria*. A un costado de la escena, la emancipación de las masas inicia su vuelo: los medios se atreven, a partir de los años 1960, a dirigir una nueva atención a la vida íntima, al mismo tiempo que las técnicas de un sociólogo americano, Phillip Rieff, llamadas en 1966 "las terapias de la liberación",[7] pretenden proveer a cada uno de los medios prácticos para construir "su" identidad, independientemente de toda constricción. Al otro costado, en el de la psicopatología, nuevas controversias aparecen en Francia: sugieren la existencia de una inseguridad

4 M. Ragot, "La dépression, la civilisation moderne et les médicaments thymo-analeptiques", Annales médicopsychologiques, 7, 4, 1977, p. 657. En el coloquio internacional sobre la depresión enmascarada que se reunió en 1973, el tema de la civilización deprimente se evocó en numerosas intervenciones. P. Kielholz (editor), *Masked Depression*, Viena-Stuttgart-Berna, Hans Huber, 1973.

5 J. Bergeret, "Dépressivité et dépressions dans le cadre de l'économie défensive", comunicación presentada al XXXVI Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romances, junio de 1976, *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6, septiembre-diciembre de 1976, p. 1019.

6 J.C. Depoutot, Névrose et dépression", *Annales médicales de Nancy*, n° 12, abril de 1973, p. 869.

7 P. Rieff, *The Triumph of Therapeutic. Uses of Faith after Freud*, Chicago-London, University of Chicago Press, 1966, reedición de 1987.

identitaria nueva por su masividad. El vacío depresivo y su reemplazo adictivo constituyen el cuadro clínico principal. La pasión de ser uno mismo, que alienta las nuevas normas ¿tiene como contrapartida el matrimonio entre la depresión y la adicción? En torno de la apatía y de la estimulación se constituyen dos grandes dominios psicológicos.

Ni loco ni perezoso: la vida interior no es asunto de psicología

En el momento en que la depresión se difunde en la medicina general y en las costumbres, la sociedad francesa entra, en efecto, en su gran transformación: ésta se hace más visible en el mundo de los notables y en el de los campesinos, y en la inmovilidad de los destinos de clase. El crecimiento económico, el desarrollo de la protección social, los cambios en el sistema educativo (el fin de la separación entre el primario y el secundario permite a los niños de las clases populares, al menos formalmente, continuar su educación hasta los bachilleratos) las nuevas posibilidades de ascenso social, las mutaciones de la familia, las políticas de vivienda (que disminuyen el hacinamiento y aumentan los espacios para una vida personal) y de equipamiento colectivo, todo concurre a modificar las representaciones de la relación individuo-sociedad. El progreso de las condiciones materiales de vida hace del bienestar, no ya una aspiración lejana, sino una realidad accesible a las clases populares: si anteriormente el confort, eventualmente, se adquiría al final de la vida, de ahora en más, "las parejas jóvenes [...] pueden comenzar con una garantía y un nivel de recursos que sus padres dedicaban toda su vida a alcanzar".[8] La idea de que cada uno puede hacer su camino se democratiza, el hombre de las masas se pone personalmente en movimiento. Esto suscita nuevos desasosiegos.

Epidemiología: una patología del cambio

Le epidemiología nos enseña que la depresión se ha difundido en nuestras sociedades como una patología del cambio y no de la miseria económica y social: acompaña a las mutaciones que afectan al conjunto de nuestras instituciones después de la Segunda Guerra Mundial. La engendra la abundancia y no la crisis económica. La depresión inicia su despegue durante la Treintena Gloriosa, en un período de progreso económico, de bienestar creciente y de optimismo generalizado. Su frecuencia, su extensión y su incidencia sobre el estado sanitario de la población hacen de ella un problema de salud pública.

En 1967, un experto de la OMS estima, a partir de las primeras encuestas

8 O. Schwartz, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990, p. 76.

realizadas entre la población en general, que la tasa de prevalencia de trastornos mentales no psiquiátricos casi se habían duplicado en quince años.[9] Una síntesis epidemiológica publicada en 1975 por el jefe de la oficina de enfermedades mentales del mismo organismo retoma la cifra de cien millones y sostiene que irá aumentando por cuatro razones: el alargamiento de la esperanza de vida incrementará las depresiones (a causa de las enfermedades asociadas con el envejecimiento), el cambio constante del entorno psicosocial produciría stress susceptible de transformarse en depresión (desintegración de la familia, soledad, etc.), las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o gastrointestinales, ellas mismas en aumento, suscitan reacciones depresivas en un caso de cada cinco, el crecimiento de medicamentos que originan depresiones (hipontensores, hormonas o anticonceptivos orales).[10]

Según la Asociación Americana de Medicina, que publica en 1989 una síntesis de estudios epidemiológicos a partir de muestras representativas de la población general,[11] el riesgo creciente de hacer una depresión para las personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial será un hecho indiscutible. No solamente todas las clases de edad se verían afectadas, con una progresión relativamente más importante para los hombres que para las mujeres,[12] sino que también los adolescentes y adultos jóvenes, relativamente inmunizados hasta el momento, se verían cada vez más expuestos de allí en más. Se establecen correlaciones con el alcoholismo y el abuso de drogas, el aumento de la tasa de suicidios, sobre todo entre los blancos jóvenes, y de homicidios, sobre todo entre los negros jóvenes. Ahora bien, las personas nacidas después de 1945 son las que no solamente gozan de la mejor salud psíquica que jamás haya existido en la historia moderna, sino que también han crecido en un período de prosperidad inédita. La urbanización, la movilidad geográfica y las rupturas afectivas que ella implica, el crecimiento de la anomia social, los cambios en la estructura familiar, la fragilización de los papeles sexuales tradicionales, etc., aumentarían el terreno de la depresión en nuestras sociedades. A continuación de la síntesis de 1989, se constituyen grupos de trabajo a fin de reducir los deslizamientos y de verificar la comparabilidad de estas encuestas efectuadas en numerosos países. Sus conclusiones son semejantes. Confirman el aumento de la frecuencia de la depresión desde la Segunda Guerra Mundial y subrayan que el número de episodios depresivos es "tres veces más elevado entre los sujetos menores de cuarenta años que entre los sujetos de más edad".[13]

¿Sugieren estas cifras un aumento de la patología? ¿Una tendencia cada vez mayor a consultar a un médico por un problema psicológico? ¿Un cambio en las prácticas diagnósticas? El elemento más constante de estos análisis epidemiológicos y estadísticos sigue siendo la insistencia en los cambios sociales.

El lenguaje de una nueva conciencia de sí

En la huella de un mejoramiento considerable de las condiciones materiales se produce *simultáneamente* una liberación social de los pobres y una nueva conciencia de sí, de la cual las publicaciones y las obras de psicología popular formulan el lenguaje. Conciencia nueva porque se inicia en la época un retroceso de la concepción jerárquica de la vida, particularmente en la familia, donde los papeles institucionales (ser madre, esposa, etc.) ceden lentamente su lugar a las preocupaciones por el desarrollo de cada uno, y particularmente de los niños. Las reglas de obediencia a los cánones morales o religiosos retroceden progresivamente en provecho de modelos que proveen útiles interpretativos para resolver o superar los problemas íntimos. Los medios desculpabilizan a sus lectores (Ud. tiene derecho a sentirse psicológicamente mal) y facilitan la emergencia de una demanda destinada a proporcionar las palabras para poder formularla. Abren un espacio público para formalizar la realidad psíquica y modelar el estilo de una psicología para las masas. Pues la interioridad no está en la cabeza de las personas que inventan por sí mismas su lenguaje, está en el mundo y en nosotros simultáneamente: supone actores que formulan significados comunes que cada uno puede comprender y apropiarse personalmente para decir lo que siente en el interior de sí mismo. Sin instituciones de la interioridad no hay, socialmente hablando, interioridad alguna. Ella se produce en una construcción colectiva que le provee un marco social para existir. La percepción de lo íntimo cambia. Ya no es solamente el lugar de lo secreto, de lo que hace a uno mismo o de la libertad de conciencia: lo íntimo se convierte en lo que permite *desprenderse de un destino* en provecho de la libertad de elegir la propia vida. A la conformidad de una norma única la sustituye, progresivamente, una pluralización de los valores y una heterogeneización de los modos de vida.

Si la tristeza y el dolor moral dominan el cuadro depresivo en la literatura

9 Lin Tsung-Yi, "L'étude épidemiologique des troubles mentaux", *Chroniques OMS*, n° 21, 1967, p. 568.

10 N. Sartorius "Épidémiologie de dépression", *Chroniques OMS*, n° 29, 1975, p. 465. Sartorius retoma el porcentaje estimado por Lehmann. Esta cifra no parece haber sido verificada por la OMS a través de estudios epidemiológicos. En 1981, Sartorius vuelve a estos datos y piensa que "esta cifra aumentará" ("La dépression: épidémiologie et priorités pour les recherches futures", *L'Encephale*, VII, 1981, p. 530).

11 G.L. Klerman y M. M. Weissman "Increasing rates of depression", *JAMA*, 21 de abril de 1989. Estos estudios utilizan los síndromes clínicos definidos por la profesión. Los mismos se han efectuado en el mundo occidental desarrollado (Suecia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, etc.) con excepción de Corea y Puerto Rico. Sin duda, Klerman es el mayor referente americano en materia de epidemiología de la depresión. Sobre Klerman, véase la entrevista que acordó Mirna Weissman con David Healy, *op. cit.*

12 Se verá (capítulo IV) que, si se tiene en cuenta el alcoholismo masculino, los porcentajes son equivalentes entre hombres y mujeres. Entre los hombres, el alcoholismo es un modo de defensa contra la depresión. Véase R. Führer y A. Lovell, "Troubles de la santé mentale-Le plus grande "fragilité" des femmes remise en cause", en M.-J. Savrel-Cubizollesy B. Blondel, *La Santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996.

13 "Los deprimidos son cada vez más numerosos en todo el mundo", *JAMA*, vol. 18, n° 260, 15 de marzo de 1993, p. 219, síntesis en francés de un artículo de 1992 de *JAMA*.

psiquiátrica o en la destinada a la medicina general, y los otros síntomas son sus consecuencias,[14] es precisamente por la angustia, el insomnio y el *surmenage* que el tema de la depresión aparece en las revistas destinadas al gran público. La fatiga, en su doble relación con la vida moderna y con las dificultades psicológicas de la persona, es el hilo conductor de la formación de opinión, y es por su intermedio como se difunde el lenguaje de la depresión en la sociedad francesa.

Existía una vieja tradición de consejos de vida en los almanaques populares y en la prensa femenina. Su modo de enunciación poseía una triple característica. En primer lugar, el lenguaje era de autoridad: un director de conciencia sabe lo que debe enseñar al lector ignorante. En segundo lugar, su lenguaje era prescriptivo: éste es su problema y esto lo que Ud. debe hacer. Por último, proponía una visión de la vida en términos de destino colectivo al cual era necesario adaptarse a cualquier costo: se enseña al lector cómo debe desempeñar su papel institucional (ser buena madre, buena esposa, etc.) y no cómo evitar atropellarlo si el deseo se apodera de él. Esta disciplina de la vida privada no requiere que la persona se cuestione a sí misma: lo importante es preservar la estabilidad de la vida familiar, pues es cumpliendo con sus deberes como se logra la felicidad. Todavía es la época de la disciplina a domicilio.

Marcelle Auclair, la encargada de la sección del correo de *Marie-Claire* fue ejemplar en este tipo de retórica. Así, en un artículo de febrero de 1963 dedicado a "El abuso de tranquilizantes" escribía: "En nuestros días «escucharse» ya no es un defecto, ni siquiera una falta. Uno se escucha con delicia y [...] tanto el menor de nuestros disgustos como de nuestros arrebatos es sacrosanto. [...] La idea de «tomar sobre mí» en lugar de «escucharme» ya no se me ocurriría a menos que fuese un canario o un mono capuchino, en lugar de una persona pensante." Esta actitud de espíritu es la que conduce a consumir tranquilizantes, lo cual es, "y mido mis términos, una debilidad delante de sí mismo y de la vida".[15] Se está aquí en presencia de una problemática moral de la falta y de la culpabilidad: se trata menos de comprender lo que pasa dentro de uno para salir de las dificultades que de tomar sobre sí y tener en cuenta a los otros. En octubre de 1963, en un artículo consagrado a las curas marinas para remediar "la vida moderna que nos aplasta", reconoce que, a veces "si es bueno «tomar sobre sí», se tiene necesidad de una ayuda exterior". Pero esta ayuda consiste, ante todo, en desconectarse por algún tiempo, en huir del *surmenage* para reencontrarse. "No es necesario lanzarse en brazos de los psiquiatras: antes de recurrir a este medio supremo, se deben [...] emplear todos los recursos que nos ofrece la naturaleza."[16] Esta concepción tradicional de los remedios del alma no ofrece el más mínimo lugar para una atención de la vida interior.

14 Salvo en los casos de los artículos o de los dossiers directamente dedicados a la fatiga, o de los consagrados a la psicosomática, que se introduce en Francia hacia finales de la década de 1950. En este caso, la interrelación fatiga/depresión aparece mucho más netamente.

15 M. Auclair, "L'abus de tranquillisants" ("El abuso de tranquilizantes"), *Marie-Claire*, febrero de 1963.

16 M. Auclair, "Cette peur qui nous fatigue" ("Esta angustia que nos cansa"), *Marie-Claire*, octubre de 1963.

En 1970, en la misma publicación, Menie Gregoire emplea un lenguaje por completo distinto. Explica a su lectora que el equilibrio de una mujer resulta de "las buenas relaciones que mantiene con ella misma y con lo que la rodea". El psicoanálisis, pero también el psicodrama o la dinámica de grupos, permiten a la persona revivir las primeras situaciones mientras estructura las relaciones consigo misma y con los demás. "Se descubren entonces, como vistas desde el exterior, sus propias reacciones entremezcladas con las de los otros. Se sale así poco a poco de sí misma y de sus propias prisiones secretas. Se establecen, mientras tanto, otras relaciones, y se ve cambiar la propia vida."[17] La retórica del destino, ya muy marginal en *Elle* a comienzos de los años 1960, declina netamente en el curso de la década: un estilo de la vida interior, en el cual todo está en relación entre uno mismo y uno mismo y entre uno y los demás, y donde se invita a los lectores a cuestionarse sobre sus propios conflictos psíquicos, se impone progresivamente. Al abrir un espacio público que da forma y sentido a las dificultades de la vida privada, los medios contribuyen a la socialización de la psiquis.

Una gramática de la vida interior para las masas

El Dr. O. P. tiene a su cargo la crónica "Doctor, respóndame", en *Elle*:[18] "Sólo recientemente los médicos han insistido en la acción preponderante de lo «psíquico» y lo han admitido [...] hacía falta ocuparse de la vida del enfermo, de su pasado, de su personalidad, de sus ocupaciones, de sus inquietudes, de sus dificultades."[19] Porque la vida psíquica está por todas partes: es causa de innumerables problemas orgánicos (ginecológicos, dermatológicos, etc.) La depresión "tributo a una vida trepidante", aparece un poco más tarde, en 1957, pero "nada tiene en común con las enfermedades mentales" y se la "cura". Es susceptible de atacar "los seres mejor preparados y más equilibrados". La depresión ya no revela una debilidad de carácter ("La depresión no es una enfermedad de ociosos").[20] Pero ¿hace falta reconocer todavía que los deprimidos se confiesan enfermos porque pueden ser curados?[21]

En 1960, una periodista, Marianne Kohler, toma el relevo, y el número de artículos crece notoriamente. Seis números[22] se dedican a una gran encuesta sobre la angustia, encuesta "que responde a todas las cuestiones que Ud.

17 M. Grégoire, "Être une femme équilibrée" ("Ser una mujer equilibrada), *Marie-Claire*, marzo de 1970. El artículo se acompaña del "testimonio de una mujer que realiza el viaje a las fuentes de sí misma": "Yo me psicoanalizé".

18 El sumario de la revista *Elle* clasifica los artículos sobre las neurosis y las depresiones bajo el rubro "Maladies/Système nerveux", de 1976 a 1983. El rubro "Fatigue", a partir de 1955, incluye los trastornos psíquicos o nerviosos aparentes; en 1977 se abre la sección "Stress".

19 *Elle*, nº 508, 1955.

20 *Elle*, nº 614, 1957.

21 "Les malades refusent de se considérer comme tels" ("Los enfermos se rehúsan a considerarse como tales"), *Elle*, nº 671, 1958.

22 Números 740 a 745.

puede plantear sobre esta extraña enfermedad, este «cáncer del alma»". La autora relata su calvario, sus cavilaciones, sus insomnios, sus consultas médicas, su consumo de estimulantes y tranquilizantes. Un médico psicoanalista le diagnostica una histeria ("Esto último me contrarió un poco") y le hace comprender lo esencial: "el remedio está en Ud. misma". "Para triunfar sobre este sufrimiento solitario, cada una que lo prueba puede armarse de la experiencia de todas las demás". A los artículos sobre el dominio de sí mismo, los ejercicios psíquicos para luchar contra la depresión, los medios para recuperarse después de una emoción violenta suceden incansablemente los consejos prácticos para los insomnes, los deprimidos, y los "supernerviosos".[23]

El primer artículo "de fondo" sobre la depresión se publicó en *Elle*, en 1965:[24] "La depresión nerviosa ataca a todas las clases de la sociedad, los trabajadores, los ociosos, los pobres, los ricos." La fatiga es *el* signo anunciador: hace irritable o lleva a replegarse sobre sí mismo, y uno es incapaz de reconocerlo por sí mismo. Puede surgir de un día para otro o profundizarse: debe escuchar, sobre todo, a su médico ("alguien que habla su lenguaje y que, por medio de presiones muy ligeras, llega a conseguir desviarlo de sus obsesiones"). "Lo ideal sería hacer dos veces por año una visita al psiquiatra, como es un hábito hacerlo con el dentista." El lenguaje es doblemente tranquilizador: el sufrimiento psíquico no es una enfermedad mental; la fatiga no es ni pereza, ni debilidad de carácter, sino enfermedad. A partir de 1966, los artículos se multiplican,[25] pero sobre todo entre febrero y marzo de ese mismo año, la revista consagra cinco semanas a presentar en "páginas centrales" el libro recientemente aparecido de Pierre Daninos, *Le 36e Dessous*. Su inmenso éxito no carece de vínculos con el estatus de humorista de su autor ("La depresión nerviosa relatada por nuestro escritor humorístico nº 1"). Después de consabidas tribulaciones, un antidepresivo tiene éxito en

23 Véase "La maîtresse de soi" ("El dominio de sí mismo") (nº 795, 1961), los ejercicios psíquicos contra la depresión ("Étirez-vous: toujours, lorsqu'on se sent déprimé ou triste, on a tendance à se replier" ["Estírese: siempre, cuando uno se siente deprimido o triste, tiende a replegarse"], nº 903, 1963), los medios para recuperarse de una emoción intensa ("Dépressions nerveuses, crises de tachycardie, ulcères d'estomac et crise de foie, voilà la note que vous paierez tôt ou tard" ["Depresiones nerviosas, crisis de taquicardia, úlceras de estómago y crisis de fe, he aquí la nota sobre algo que padecerá más tarde o más temprano"], nº 904, 1963), preparación de una entrevista (nº 905, 1963), descontracción para los "supernerviosos" (nº 906, 1963), los "deprimidos" ("Comment apprendre le calme", ["Cómo aprender la calma"] nº 908, 1963), los insomnes ("Comment faire si la hantise de ne pas dormir vous ôte le sommeil" ["Qué hacer si la obsesión de no dormir le quita el sueño"], nº 911, 1963).

24 Nº 1009.

25 "Le psychiatre soigne aussi bien les grandes fatigues que les grands désordres mentaux" ("El psiquiatra no sólo cura las grandes fatigas, sino también los grandes desórdenes mentales"), nº 1057, 1966. "Comment vivre sans se fatiguer ni tuer ses nerfs" ("Cómo vivir sin cansarse ni destruir sus nervios") (nº 1050), "Si votre cafard est chronique, et si ces recettes ne peuvent en venir à bout, c'est qu'il s'agit d'un peu de fatigue, de dépression ou d'asthénie. Consultez votre médecin" ("Si su desgano es crónico, y si las recetas no pueden ponerle fin, es que se trata de un poco de fatiga, de depresión o de astenia. Consulte a su médico" (nº 1060), "Ayez les moyens de combattre la dépression" ("Encuentre los medios para combatir la depresión"), (nº 1082).

curarlo, a tal punto que se siente como el amo del mundo. "Un flujo continuo de cartas de deprimidos llega hasta *L'Express* para pedir consejo a Daninos. También los médicos escriben a la revista, los "psiquiatras recomiendan el libro a sus enfermos e incluso van a pedir su reembolso por la Seguridad Social".[26] Otro gran éxito comercial fue el logrado algunos años más tarde, en 1972, por Jacqueline Michel, *La Deprimé*: después de un itinerario de siete años de médicos, reencuentra la alegría de vivir con un antidepresivo: "Es la felicidad, mayúscula, viviente, permanente. ¡Vuestra obra! [se trata de un diálogo con su psiquiatra] Es inútil que os diga que hago proselitismo de la píldora azul."[27] *Elle* evoca a los antidepresivos por primera vez en 1965, pero el retrato que hace de ellos no permite que nadie los solicite.[28]

Una obra colectiva sobre las relaciones entre *stress*, fatiga y depresión se publica en 1974: traza un panorama de múltiples pasajes entre estos tres males del hombre moderno.[29] Los autores destacan que en las actuales neurosis o en las neurosis de defensa aparece la astenia. En la segunda categoría, "la neurosis no se reduce a un estado de debilidad psicológica, es una manifestación de la fuerza de las pulsiones y de sus conflictos".[30] *Le Choc du futur*, de Alvin Toffler, publicado en Estados Unidos en 1970 y en Francia un año después, es un éxito mundial. Describe una sociedad donde lo flexible, lo temporal, lo hiperselectivo[31] amenazan conducir a una generalización de la fatiga de la cual la depresión es el resultado principal. La referencia a los temas del rendimiento individual y del cambio incesante es una constante: varios autores evocan tanto a las Audiencias Departamentales sobre la depresión de 1972 como al coloquio internacional organizado por Paul Kielholz sobre la depresión enmascarada en 1973.[32] En

26 *L'Express*, nº 778, 16-22 de mayo de 1966.

27 Extracto de la obra, *Marie-Claire*, septiembre de 1972. *La Déprime*, Stock, 1972. *Marie-Claire* y *Elle* consagraron varios artículos a esta obra, en 1972 y en 1973. También Pierre Daninos demuestra su entusiasmo por ella en el primer capítulo de su libro.

28 "Es el medicamento de las neurosis psicóticas. Actúan [los antidepresivos] sobre los mismos centros del cerebro [...] Transforman el abatimiento en euforia, la apatía en dinamismo. Pero no pueden utilizarse sin un severo control (que obliga a menudo a hospitalizar al enfermo)", *Elle*, nº 1040, 1965.

29 P. Bugard (dir.), *Stress, fatigue et dépression. L'homme et les agressions de la quotidienne*, Paris, Doin, 1974, vol. I, p. 12.

30 *Ibid.*, vol. I, p. 12.

31 "El mismo exceso de elección resultará tan traumatizante como la ausencia de elección", escribe Bugard a propósito de esto, vol. 1, *ibid.*, p. 163.

32 Para algunos, el incremento de las depresiones, esencialmente las psicogenéticas, se debe a las presiones de la industrialización, que exigen del mérito personal; para otros, es la inestabilidad creciente de la vida que, entre divorcios, disolución de la familia, cambios en el empleo, etc., hace entrar a las personas en un mundo en el que nada es permanente. Para otros, incluso, exigimos más de la vida que nuestros ancestros. Se invoca también el materialismo de la época. W. Walcher subraya que "deba hacerse una mención a propósito de factores permanentes de stress, en aumento en nuestra vida moderna, factores de stress que se deben a nuestra insistencia en el rendimiento, considerado en sí mismo como la medida (*be-all and end-all*) de la existencia, que afectan tanto nuestro comportamiento en el trabajo como a nosotros mismos", W. Walcher, "Psychogenic factors responsible for triggering off masqued endogenous depression", en P. Kielholz (editor), *op. cit.* p. 180.

enero de 1981, *L'Express* consagra su cobertura al *stress*. En el *dossier*, un médico, que acaba de publicar un libro con el inventor del concepto, Hans Selye, declara: "El ritmo cada vez más rápido de los cambios obliga a acelerar sin cesar los procesos de adaptación. Para sobrevivir, el hombre del siglo xx está condenado a adaptarse a una sociedad en cambio permanente, en la que todo cambia ante sus ojos. [...] Sobre diez enfermos que vienen a una consulta, siete presentan los trastornos que son consecuencia directa de esta plaga [...] El *stress* es de origen psicológico."[33] La depresión es, claro está, una de sus manifestaciones principales: sería un producto de la disminución del sistema de defensa inmunitaria.

La fatiga es la "respuesta que damos a las cosas", se escribe en un número de *Elle* de 1965. El término es recurrente: "La fatiga es un rechazo de verse a sí mismo", declara cuatro años más tarde en *L'Express* un médico responsable de la consulta "fatiga" a Sainte-Anne.[34] "El problema de la fatiga es también un problema personal" enfatiza *Marie-Claire* en 1976. Es por eso que la revista recomienda manejar el dato de su existencia.[35] El expreso publica en 1969 una serie de encuestas sobre la vida moderna. Pierre Deniker comenta lacónicamente: "Las normas se han elevado".[36] En general, las publicaciones son muy prudentes respecto de los medicamentos y recomiendan a los pacientes, sobre todo, interesarse en su vida personal y reflexionar sobre sus conflictos psíquicos:[37] tienden a desculpabilizarlos de sus problemas íntimos subrayando el carácter natural de estas dificultades en una sociedad trepidante. Si no se trata ni de locura ni de debilidad ¿qué puede ser más legítimo que interesarse en lo que pasa en el interior de uno mismo, tanto más cuanto que el número de males cotidianos (desde fatigas hasta dolores lumbares) se explican por procesos mentales? Saber detectar en sí mismo (y en los demás) los signos premonitorios de una depresión e interesarse en sus conflictos psíquicos, he aquí dos ejes de la pedagogía de los medios. El cuerpo dolorido aparece cada vez más como la prolongación de enfermedades interiores que tienen su fuente en la psiquis.

Traducciones de obras americanas impregnadas de psicoterapia, transformaciones de la retórica de los correos del corazón, asunción de estas cuestiones por parte de la radio, etc., todo ello ha creado un espacio público para el lenguaje de la interioridad.[38] La emisión de Menie Grégoire en RTL fue la primera manifestación espectacular de este proceso en 1967 (seguida de cerca por Dr.X, en Europa 1, con Françoise Dolto). Los medios hacen entrar estas cuestiones en la vida cotidiana de cada uno: el extraordinario eco de *Chère Menie*, las polémicas que la audición entrañaba; luego, la multiplicación de sus imitadoras y la adopción de un estilo similar en los medios escritos y radiofónicos, ponen en funcionamiento cada día un nuevo tipo de lenguaje de la intimidad: Ud. no está completamente solo(a) con su problema privado (que es desde un insomnio hasta la relación de conjunto), pues es parte de una experiencia compartida.

En el consejo de vida tradicional, la pregunta del lector imaginado es ¿qué hacer? La respuesta vuelve una y otra vez sobre lo mismo: es la conformidad con los deberes lo que proporciona la felicidad. La nueva retórica invita a otros cuestionamientos; no se puede responder a la pregunta ¿qué hacer? sin plantear al mismo tiempo la pregunta ¿qué soy? Evidentemente, la respuesta ha cambiado de tono: es estando de acuerdo con sus propios deseos que uno alcanza la felicidad. La estima de sí es la marca manifiesta de este consejo. Una gramática de la vida interior se hace posible para las masas: ella provee al ama de casa más ignorante del inconsciente el utilaje reflexivo que le permitirá interesarse en su vida íntima. Esto le permite, porque otras personas como ella se expresan en público, encarar una opinión. Los medios reducen la vergüenza o la culpabilidad que cada uno podría experimentar al hablar de sus problemas personales (la depresión puede llegar incluso a los más preparados): les otorga una legitimidad social. Existe aquí una función de reaseguro.[39] Asistimos a la generalización de un tipo de sujeto para el cual el derecho a la vida privada que ha elegido se convierte en una experiencia: la relación que se mantiene con uno mismo (no rehúse afrontar sus conflictos, el remedio está en Ud. mismo) o con los otros, es el nudo de todo esto. El equilibrio interior comienza a convertirse en un inmenso tránsito heteróclito: la estima de sí da origen a una verdadera industria de servicios relacionales con su lenguaje (la ayuda para vivir), sus tecnologías (medicamentosas,

33 *L'Express*, 3-9 de enero de 1981.

34 *L'Express*, 2-8 de junio de 1969. "En verdad, prosigue, es esencialmente de su vida que se queja el fatigado. Es su angustia lo que experimenta cuando tiene dolores de espalda". Dirige dos consultorios para fatigados en París (uno en Sainte-Anne): la mayor parte de los casos de fatiga patológica son de depresiones (septiembre de 1969). Este médico está en el origen de la constitución del Grupo de Estudio de la Fatiga (GEF) creado en 1970: el tema dominante de los trabajos es la astenia y el stress. Véase también M. Loriol, "Construction de la maladie et influence professionnelle: l'example de trois approches de la fatigue", *Sciences sociales et santé*, vol. 13, nº 2, 1995.

35 *Marie-Claire*, febrero de 1976.

36 *L'Express, ibid. L'Express* ha informado ampliamente a su público sobre los tratamientos para curar "la fatiga nerviosa y sus complicaciones, las depresiones nerviosas y las neurosis", "la relajación", "la respiración" y los "anti-fatiga", "las drogas psicotónicas" (es decir, los *doppings*), los tranquilizantes, los neurolíticos y los sedantes nerviosos, los correctores metabólicos, etc. (7-14 de mayo de 1964). Ni una sola palabra de los antidepresivos. El número del 11-17 de noviembre de 1968 hace mención de la mesa redonda sobre la angustia en las Entrevistas de Bichat, el del 10-16 de mayo de 1969 a la fatiga psicosomática, etcétera.

37 Véase también "Quand la dépression vous guette", ("Cuando la depresión lo acecha") *Marie Claire*, septiembre de 1969 y "Tension nerveuse" ("Tensión nerviosa"), *Marie-Claire*, noviembre de 1969.

*Todos estos puntos han sido desarrollados en "La télévision, terminal relationnel", *L'individu incertain, op. cit.*

39 Jacqueline Michel hace el análisis de la enorme cantidad de correspondencia recibida tras la salida de su libro: "La mayor parte de mis corresponsales se identifica muy exactamente con mi caso: «Cuando leí su historia, creí que leía la mía», o: «¡No es usted, sino que soy yo mismo el que habla!» [...] Lo esencial era no ser el único afectado por un mal que, mientras las personas se niegan a reconocerlo, no puede curarse", "Comment, oú guérir de la dépression? La question que l'on m'a possé 2597 fois" (¿Cómo, dónde curar la depresión. La pregunta que se me ha planteado 2597 veces"), *Marie-Claire*, marzo de 1973.

psicológicas) sus profesiones (sexólogos, psicoterapeutas de grupo, etc.) y su literatura.

Numerosas vicisitudes de la vida humana entran de este modo en el dominio de la psiquiatría y de la psicología clínica: el trastorno mental se descentra de la locura, se extiende hacia los problemas cotidianos más diversos. La medicina, como los medios, alientan a la gente a ponerse bajo tratamiento ("Hace falta ocuparse seriamente de una enfermedad que provoca tantos estragos").[40] La extensión de la patología participa de la entrada de la intimidad en el espacio público y da comienzo a su proceso de institucionalización: lo íntimo ya no es un asunto privado.

Elegir su vida

Los años 1970 constituyen un período de transformación en el curso del cual la idea de que cada uno es el propietario de su propia vida comienza a imponerse sociológicamente. La noción de lo prohibido inicia su decadencia. El hombre de masas inicia su tránsito de convertirse en su propio soberano. Las transformaciones normativas esbozadas en la década de 1960 comienzan en efecto a imponerse en las costumbres:[41] se asiste a un retroceso de una representación que opone el individuo a la sociedad, individuo que debe ser encuadrado por las normas disciplinarias a fin de socializarse y proteger a la sociedad de sus excesos. Mayo del '68 tiene en Francia el lugar de una señal simbólica. Aceleró las dinámicas morales que trabajaban a la sociedad francesa y las hizo entrar en el debate político. Estas dinámicas se convierten en objeto de conflictos en el espacio público a través de movimientos sociales cuya reivindicaciones alcanzan a las costumbres: igualdad de derechos entre mujeres y hombres, derecho al aborto, divorcio por mutuo consentimiento, concubinato, contraconcepción. La ley Neuwirth sobre la "píldora" se vota en 1967. Se reivindica, en las calles si es necesario, una libertad privada que es objeto de enfrentamientos entre lo correcto y lo incorrecto, y se debate en el Parlamento (antes de exponerla, unos años, en el curso de los shows televisivos). Entra en la controversia y la argumentación políticas una forma de ver los derechos de la vida privada en términos de elección individual. A la inversa, la noción de ley aparece como una forma de dominación de la cual es preciso emanciparse.[42]

El hombre soberano, semejante a sí mismo, del cual Niestzsche anunciaba la llegada, está en camino de convertirse en una realidad masiva: nada hay detrás de él que le pueda indicar lo que debe ser, pues se pretende el único propietario de sí mismo. Pluralismo moral e inconformismo a una norma única, libertad para construir las propias reglas en lugar de ver imponerlas:

40 *Ibid.*

41 A. Ehrenberg, *Le Culte de la performance, op. cit.* 2ª parte, cap. III, y *L'Individu incertain, op. cit.* caps. 2 y 5.

42 I. Théry, *Le Démariage. Justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1993, reedición en colección "Opus", 1996, cap. II.

el desarrollo de sí se convierte colectivamente en un asunto personal que la sociedad debe favorecer. Un tipo de sujeto, menos disciplinado y conforme que "psíquico", es decir dispuesto a descifrarse a sí mismo, surca el paisaje.

La "cultura psicológica", ¿un modo de defensa contra la depresión?

Un nuevo estilo terapéutico, de origen americano, se difunde en Francia y parece llevar una promesa de este tipo: procura el bienestar interior por medio del alejamiento de las constricciones exteriores y asimila la noción de prohibido a la de represión social. Un psicoanalista anota en 1976: "Quizás las discusiones que tienden a *negar* el carácter enfermizo de ciertos estados psíquicos son alimentadas por este deseo de no hablar más de «patología» y de deficiencias individuales, sino de endosarle la responsabilidad a la sociedad."[43] Las popularización de las terapéuticas que procuran la independencia de estas constricciones se expresa así: ¿cómo curarse de la constricción social para no convertirse en otra cosa que en uno mismo? He aquí un tema que invade los espíritus.

El sociólogo americano Philip Rieff, en 1966, en un libro que provocó gran escándalo, ha designado a este fenómeno como el triunfo de la terapia. Anunciaba el advenimiento de un "hombre psicológico" caracterizado por la declinación del renunciamiento. Los grandes herederos de Freud, Jung y Reich particularmente, promovían una terapia de la liberación (*releasing*). La era terapéutica posfreudiana marca "el fracaso cultural del Superyó",[44] esta guarnición acantonada en cada uno para suscitar un sentimiento de culpabilidad, como dice Freud. Para Rieff, la era posfreudiana marca "la revuelta del hombre privado contra las doctrinas tradicionales que alienta la salvación del Yo a través de la identificación con los fines de la comunidad".[45] "Preocupados por acrecentar el capital psicológico",[46] las terapias posfreudianas revelan un proceso de conversión masiva en nuestras sociedades: están "comprometidas de ahora en más, cultural y económicamente, con el evangelio de la expansión de cada uno".[47] La literatura sobre el individualismo de los

43 A. Haynal, "Le sens du désespoir", comunicación al XXXVI Congreso de Psicoanalistas de Lengua Romance, junio de 1976, *Revue française de psychanalyse*, nº 1-2, enero-abril de 1977, p. 96. Subrayado por Haynal.

44 P. Rieff, *op. cit.* p. 247.

45 *Ibid*, p. 242-243.

46 *Ibid.*, p. 255 Es lo que Robert Castel llama "la nueva cultura psicológica" en una obra que propone un balance de los años 1970. *La Gestion des risques, op. cit.* Para un análisis de la situación americana de la misma época, véase C. Lasch, *Le Complexe de narcisse-La nouvelle sensibilité américaine*, Paris, Robert Laffont, 1980 (edición americana, 1979) y, en una perspectiva más histórica, R. Sennett, *Les Tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 (edición americana, 1974) p. 258 *sq.*, como también R. Castel, F. Castel y A. Lovel, *La Société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset, 1979, IIIa. parte.

47 P. Rieff, *op. cit.* p. 252.

años 1980 se contentará con retomar este doble tema de la privatización de la existencia y de la realización personal, la cual se ha convertido en dogma; los autores se diferencian, sobre todo, por una apreciación positiva o negativa de estos cambios.

La misión social de la terapéutica es anclar en las prácticas la idea de que la sociedad es el medio de perseguir fines individuales. Los líderes de esta tendencia reivindican su aspiración a la emancipación: no hay nada que esperar ni que entender de la conflictividad psíquica. No se trata de aprovechar los márgenes de maniobra en el sentido de lo prohibido, sino de franquearlos muy concretamemte: ¿cómo vivir plenamente? Las nuevas terapias proveen, *vía* la relación con un grupo, las sustituciones normativas.[48] Vivir por sí mismo, a un costado, procura permanentemente de la aprobación por parte de los demás, del otro.

Los evangelios de la relación

En el curso de los años de la década de 1970, el mundo de la psicoterapia está en plena agitación. En principio, las técnicas de grupo de origen americano, de las cuales son las más conocidas la del grito primario de Arthur Janov, la bionergía de Alexander Lowen y los Movimientos del Potencial Humano, se difunden con éxito –los grupos *New Age* adoptan el relax a partir de los años 1980.¿Sus objetivos? Obtener un bienestar interior que facilite las relaciones con los otros. A continuación, la renovación religiosa, tanto en terreno protestante como católico, comienza a tomar vuelo. ¿Sus objetivos? Obtener una expansión personal, impregnando con ella lo religioso y la relación con Dios por medio de la psicoterapéutica. De allí en adelante, la religión responde a demandas terrestres, y Dios se convierte en el horizonte de una realización de sí, con un Jesús psicoterapeuta para realizar la meditación. En los dos casos, estas técnicas de curación reposan sobre un principio exactamente opuesto a la noción del sujeto conflictivo: cómo multiplicar las capacidades del bienestar de la gente que no tienen sino dificultades para vivir, procurando que por lo menos pueda vivir su vida en su plenitud más "auténtica". Forman una logística del individuo emancipado, pues su propósito no consiste en hacer practicables las prohibiciones al menor costo psíquico, sino en borrar todo sufrimiento. La educación culpabilizante, aliada a la represión de los afectos por parte de la sociedad, es la base de las patologías. La terapia toma como blanco a los afectos a través de un trabajo terapéutico sobre el cuerpo: es reencontrando las sensaciones animales que residen en el hombre que se alcanza a descubrir lo verdaderamente humano. Lo esencial se encuentra más

48 Jean-Marie Lacrosse habla de "coalición a-normativas", "Enquête sur le movement de potentiel humain", en J. Carpentier, R. Castel, J. Donzelot, J.-M. Lacrosse, A. Lovell, G. Procacci, *Resistance a la médecine et démultiplication de concept de santé*, Collège de France/ CORDES, noviembre de 1980, p. 126. Esta preocupación de replantear los límites está fuertemente subrayada por los autores de la comunicación. Debo a J.-M. Lacrosse haber tomado conocimiento del libro de Rieff, que no ha sido traducido al francés.

allá de las palabras, en el afecto, y de la cultura, en una renaturalización del cuerpo. Dicho de otro modo, es una concepción del hombre como animal la que funda este paradigma psicoterapéutico. Se encuentra cerca de la psiquiatría biológica que, en este mismo momento, comienza su ascenso.[49]

Le Cri primal se publica en 1970, en los Estados Unidos, donde conoce un enorme éxito, y se traduce al francés en 1975.[50] Para Janov, la neurosis solamente es un sufrimiento patológico y en absoluto un resorte de la civilización. Resulta de la represión social que impide a las personas expandirse convenientemente. Esta represión lo rodea de toda suerte de prohibiciones que le impiden al individuo encontrar su "Yo real". Las curas se llevan a cabo en grupo, el método consiste en hacer revivir experiencias primitivas por medio de técnicas que permitan a los pacientes regresar y expresarse, es decir, expresar su odio (reprimido) por sus padres, su desesperación y sus frustraciones. Volver a los orígenes no por la palabra, sino por el cuerpo, hacer resurgir los afectos ocultos, he aquí los medios de borrar el sufrimiento, de exteriorizar las energías comprimidas por la educación y las prohibiciones sociales, y de gozar plenamente, es decir sin trabas, de la vida. Vaciar lo negativo, afirmar lo positivo y exigir o imponer lo que desea el Yo real son las tres etapas de la curación. Un médico psicoanalista convertido por Janov, explica a la revista *Elle* en 1973 que, "para Janov, cada frustración debe ser tenida en cuenta, desde el primer biberón que nos ha negado nuestra madre, desde el día que lloramos porque nos tomó en sus brazos". Esta terapia difunde un mensaje de amor: "Cuando encontramos las posibilidad de expresar libremente este amor, somos capaces de gozar de nosotros mismos y de los otros. Encontramos el gusto de vivir. Estamos curados. Nada hay que buscar más allá."[51] El mensaje cristiano se laiciza por entero. Se lo vacía de toda teología y se lo reemplaza por un evangelio de la relación.

Alexander Lowen, el promotor de la bioenergía, es un discípulo de Wilhelm Reich. Publica una obra sobre la depresión y el cuerpo que se traduce al francés en 1975.[52] La bioenergía es también una técnica de grupo que opera sobre los afectos y el cuerpo a fin de sentir mejor, expresar mejor sus emociones y sus sentimientos: la descarga energética, que la civilización reprime, es el objetivo de la terapia. Para Lowen, tanto como para Janov, todo pasa por el cuerpo y el sentir: es allí y no en nuestra razón donde reside la auténtica espiritualidad humana: "Toda verdadera espiritualidad, escribe, tiene un fundamento psíquico y biológico [...] La fe está arraigada en los fundamentos biológicos más profundos del cuerpo. Este abordaje funda la espiritualidad sobre el cimiento de una naturaleza corporal, revela una

49 Cf. *infra*, cap. V.

50 A. Janov, *Le Cri primal*, Paris, Flammarion, 1975.

51 "Crier pour guérir" ("Gritar para curar") entrevista con M. Kohler, *Elle*, nº 1414, 1973. La revista le dedica otro artículo a esta técnica en 1975 ("Criez pour guérir" -"Grite para curar"- nº 1548, 1975) en el momento de la publicación del libro de Janov en francés.

52 A. Lowen, *La Dépression nerveuse et le corps*, Paris, Tchou, 1975. Las citas de Lowen se extraen de su obra.

biología mística.[53] La cura tiene por fin hacer encontrar a las personas una fe en sí misma análoga a la que el cristiano tiene en Dios. Hay aquí un proceso de laicización: fe en sí mismo, confianza en los otros y en la vida que, entonces, cobra un sentido; he aquí lo que cada uno puede encontrar en sí mismo. "Los "dadores de amor", agrega Lowen, nunca están deprimidos. Amar es expresarse, afirmar nuestro ser y nuestra identidad."

El nacimiento de la Renovación Carismática, en Francia de comienzo de los años 1970 participa de la misma dinámica. Cualquiera sea la diversidad de estos grupos y sus opiniones –más religiosos, que se ocupan ante todo de la salud de las almas, o más laicos, que se ocupan sobre todo de la curación de sus miembros– el aspecto psicoterapéutico ocupa siempre en ellos un lugar importante, y a menudo principal. Por ejemplo, la comunidad de las Beatitudes propone "recogimientos psicoespirituales" desde 1977, en un monasterio en el que se utilizan técnicas como la psiquiatría existencial de Binswanger o la programación psicolingüística (PNL) "en un desarrollo a la vez terapéutico (la curación) y religioso (la salvación)".[54] Hay en estos grupos una impregnación permanente de lo religioso por la terapéutica.[55] Uno de los nudos de Renovación, como de los grupos terapéuticos o de la *New Age*, es que la transformación de la persona es el vector de la transformación de la sociedad.

¿Cuáles son las demandas de las clientelas que frecuentan estos grupos? Según una encuesta efectuada sobre los cursos de bioenergía a finales de los setenta "uno de los principales elementos de la demanda esta relacionado con el presente: un presente hecho de experiencias y emociones, de cargas afectivas articuladas sobre lo "relacional" y no sobre los roles sociales [...] Sobre todo, se trata de adquirir autonomía en relación con las constricciones que pesan sobre las relaciones personales para no vivirlas nada más que en su autenticidad".[56] El autor muestra que el grupo, en tanto tal, involucra una clientela que se siente psicológicamente sola y a la cual "ofrece un marco de experimentación sin prohibiciones: allí pueden probar, poner a prueba sus deseos, vivir relaciones conformes a sus cargas afectivas".[57] Es a través del

53 Lowen estima "más fácil y más eficaz abordar el trabajo terapéutico por los aspectos físicos y energéticos de la personalidad antes que por los problemas psíquicos".

54 M. Cohen "Revitalisation, décomposition ou redéfinition du catholicisme. Le Renouveau charismatique française entre salut religieux et psychothérapie", *Recherches sociologiques*, 1997. El artículo está dedicado a tres casos: la Comunidad del Camino Nuevo, las Beatitudes y la Fundación del Mundo Nuevo. G. Charuty, "Les charismatiques et la santé. Le souci thérapeutique des chrétiens charismatiques", *Le Débat*, nº 59, marzo-mayo de 1990. Toda la sociología de lo religioso muestra una misma tendencia (véanse los trabajos de D. Hervieu-Léger, F. Champion o J.-L. Schlegel).

55 "La demanda de salud (de curación), que se extiende a nuevos alcances de orden psíquico, ha suscitado propuestas religiosas nuevas, que tienen en cuenta estas demandas e integran diversas maneras de conocimientos y de prácticas psicoterapéuticas", escribe M. Cohen, artículo citado.

56 A. Lovell, "Paroles de cure et énergies en société: les bioénergies en France", en J. Carpentier, R. castel *et al.*, *op. cit.*, p. 85.

57 *Ibid.*, p. 89.

grupo que cada uno puede reencontrar su propia individualidad –su "Yo real". El grupo aporta el soporte práctico de una validación de sí por medio de los demás. Muestra cómo hacerlo.

Esta religiosidad terapéutica está centrada sobre el cuerpo, difunde un mensaje de amor, ve a la curación como una fe. Son éstos sus principales ingredientes. Quizá su concepción de la patología da la impresión de la novedad, pero no hace otra cosa que retomar el viejo modelo deficitario de la disfunción. Solamente que, en lugar de reparar una falla del espíritu, procura duplicar la potencia del Yo. Si el psicoanálisis tiene por fin hacer practicable lo prohibido, y se presenta como un arte de separar, estas técnicas se ponen por objetivo limar todo conflicto, situándose en la tradición de las artes de la reparación. La conflictividad psíquica se les presenta como un sinsentido, un fruto podrido de la civilización. El terapeuta debe compensar las frustraciones que la vida les hace sufrir a sus pacientes, liberarlos de los encuadres artificiales que les impiden ser ellos mismos. Se aprecia entonces cómo la técnica de centrarse en el afecto y la referencia al déficit no oculta una oposición entre psicoterapia y quimioterapia. Los modelos conflictuales y deficitarios pueden emplearse en todas las terapias, y persisten igualmente en todas ellas las ilusiones y los fantasmas de cada género. En efecto, la oposición pertinente, repitámoslo, no es entre psicoterapia y quimioterapia, sino entre déficit y conflicto.

Una nueva regla impersonal: la personalización

El éxito de este estilo de terapéutica tiene por resultado el cambio del contexto normativo: la exigencia de conformidad o de sumisión a una norma preexistente y única se flexibiliza. Se inicia una tolerancia nueva para el "derecho a la diferencia" –una expresión que resultará floreciente. De allí en más, todo el mundo podrá ser normal, cualesquiera sean sus diferencias: lo importante es poder expresarse (los escenarios se multiplicaron), pero también asumirlo (los medios prácticos para hacerlo serán cada vez más numerosos). Esta pluralización, que permite a cada uno elegir su propia vida sin correr riesgos de estigmatización, resulta del hecho de que se instituye sociológicamente, y del modo más gozoso en la época, el individuo puro, es decir, un tipo de persona que es su propio soberano. Ahora bien, este individuo es necesariamente un producto incierto, puesto que ya nada externo puede dictarle su conducta, puesto que es él el encargado de elaborar sus propias reglas. Por lo tanto, éstas no resultan más que un "*bricolage*" personal, pues es su naturaleza social lo que cambia. Las normas de hoy ordenan a algunos convertirse en ellos mismos, como ayer les exigían ser disciplinados o aceptar su condición, pero nada permite afirmar que haya menos experiencia subjetiva en la constricción disciplinaria que en la expansión personal. Lo "personal" es un artificio normativo; es, como toda norma, perfectamente impersonal.

Las nuevas terapias revelan una recomposición del conjunto de nociones de

lo normal y lo patológico.[58] Son la traducción clínica de una normativa que ha relajado sus lazos con la culpabilidad y la disciplina. Desde el ámbito social, la posibilidad de construir sus propias reglas; desde el ámbito clínico, dispositivos consistentes menos en hacer recuperar a una persona su estado de equilibrio que a desinhibirla y a permitirle multiplicar sus propias posibilidades.

Según Philip Rieff, la lección de la nueva era terapéutica es la voluntad colectiva de "no pagar los altos costos personales de nuestra organización social".[59] ¿No pagar? La intimidad gloriosa se acompaña, ante todo, de los cambios en nuestras maneras de expresar las inquietudes interiores. Las patologías mentales en las cuales el conflicto intrapsíquico es inexistente y en las cuales, a la inversa, lo que predomina es un sentimiento de pérdida del propio valor, constituyen el objeto de una preocupación que no existía en Francia en los años sesenta. Baja de la autoestima, sentimiento de inferioridad, hay algo en ello que recuerda mucho al déficit. Si el conflicto está ligado a la culpabilidad, el déficit estará soldado, ante todo, al narcisismo. Es ésta la gran lección que la depresión va a infligir al hombre que cree instituirse en su propio legislador.

El gran debate: ¿neurosis o depresión?

Janov y Lowen presentan numerosos casos patológicos en sus obras, particularmente de deprimidos. Detrás de la apariencia de un tratamiento terapéutico más allá de lo patológico, se inicia ante todo una *asimilación* entre el bienestar y la curación que resulta de la *separación* entre el modelo conflictual y el modelo deficitario. Si hay algo respecto de lo cual es bien cierto el consenso absoluto entre los psicoanalistas, es que una cura "comienza después de abandonar una imagen de sí mismo en estado de bienestar".[60] El modelo deficitario, aislado de su viejo rival y aliado, se ocupa exclusivamente del bienestar. Ya no permite reconocer los límites que impone la realidad a toda vida, reconocimiento sin el cual ninguna curación es posible. La nueva cultura psicológica aparece como un modo de defensa contra la depresión a la cual

58 Al proponerse una evaluación de este período clave, Robert Castel mostraba que un nuevo dispositivo de regulación –las tecno-psicologías– ocupaban el escenario. Su objetivo no es conducir a una persona enferma a un estado de equilibrio psicológico, sino favorecer un "crecimiento psíquico" que permita sentirse bien consigo mismo y abierto hacia los demás. Este dispositivo, y aquí me apartaré de la hipótesis de Castel, conduce menos al desarrollo de una nueva cultura psicológica situada "más allá de la ruptura entre lo normal y lo patológico" (R. Castel, *La Gestion des risques*, *op. cit.*, p. 9) que a esta otra normalidad que se cuestiona aquí. La hipótesis de Castel era fructífera, pues permitía demostrar cómo la medicina mental dejaba atrás una problemática de la enfermedad. En el campo de la sociología, esta hipótesis se ha convertido en un dogma que sustancializa la noción de "normal" y de "patológico", lo que conduce a retornar al doble tema de la psicologización de las relaciones sociales y de la medicalización del malestar. Consecuencia: la patología mental contemporánea sigue siendo impensable.

59 Rieff, *op. cit.*, p, 239, citado por J.-M. Lacrosse, en *op. cit.*, p. 165.

60 A. Haynal, Presentación de la comunicación, en *op. cit.*, p. 10.

reconduce simultáneamente los términos. "Lo gregario terapéutico, piensa Jean Bergeret, constituye un [...] ejemplo de formación reaccional antidepresiva."[61] Esta nueva cultura, dicen los psicoanalistas, sostiene el narcisismo del individuo, pero a la manera de una droga: reemplaza un Yo insaciable, precisamente sin límites. Las técnicas de mejoramiento de sí mismo desinhiben al individuo, pero no le permiten estructurarse. Una nueva manera de encarar la depresión se difunde en los medios analíticos. Define un estilo de desesperación que no conocieron las generaciones precedentes.

El psicoanálisis confrontado con el humor

A partir de la década de 1970, la literatura psicoanalítica francesa dirige su atención a una clientela que piensa que se halla en neto crecimiento. Una nueva especie de pacientes se recuesta sobre los divanes de los psicoanalistas. Estos pacientes les dan un nuevo hilo para retorcer pues, a diferencia de los neuróticos, llegan a reconocer sus conflictos, a representárselos. Les falta el material de base sin el cual no se puede llegar bien a una cura: la culpabilidad. Aunque angustiados, estos pacientes se sienten ante todo crónicamente vacíos; tienen las mayores dificultades para hacer algo con sus afectos dolorosos, pues no los mentalizan. Sus representaciones son pobres, son incapaces de simbolizar sus dolores: están prisioneros de su humor. Esta nueva especie tiene un nombre: los fronterizos (*borderlines*) o estados límite.[62] La depresión domina el cuadro clínico.

El fundamento de una cura analítica, recordémoslo, es permitir emerger a los conflictos psíquicos inconscientes, pues son ellos los que están en la base de la sintomatología. Los síntomas depresivos, como todo síntoma, deben tener su significado desde un comienzo: no constituyen el blanco de la cura. Una acceso depresivo, por otra parte, puede ser una etapa indispensable de un proceso de curación. El paciente se desprende de identificaciones secundarias que le aportaban beneficios secundarios:[63] al perder los objetos que tenía,

61 J. Bergeret, "Dépressivité et dépressions dans le cadre de l'economie défensive", informe citado, p. 915. Christopher Lasch ha construido su idea de cultura del narcisismo a partir de los trabajos de psicoanalistas americanos que consignan un incremento de las patologías narcísicas en sus clientelas. Una de las referencias principales es la de O. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissim*, New York, Jason Aronson, 1975. Los escritos de psicólogos y psicoanalistas consagrados a los temas de narcisismo "constituyen verdaderas descripciones sociales", escribe Sennett, *op. cit.*, p. 261. El autor ve aquí una declinación de la cultura pública. G. Lipovetsky (*L'Ère du vide*, Paris, Gallimard, 1983) retoma estas tesis, pero invirtiéndolas, desde perspectiva positiva y optimista.

62 Para una historia de este concepto, véase M. Timsit, "Les états-limites. Évolution des conceptos", *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1971.

63 "Constatamos que la práctica de las curas permite observar que el paciente evoluciona constantemente, a consecuencia de sus asociaciones de ideas y de las intervenciones del terapeuta, entre dos estados que, por discretos que sean, no por ello resultan, en absoluto, menos atendibles: la ansiedad y la depresión", P.-A. Lambert, "Sur quelques aspects psychanalytiques des traitamentes de la psychose maniaco-dépressive", *L'Évolution psychiatrique*, 1976, n° 3, p. 558.

el paciente se deprime. Más generalmente, la "posición depresiva" es una etapa indispensable en el desarrollo del niño, porque es fuente de maduración personal. La depresión forma parte del proceso que estructura la persona. En el nivel patológico, aparece como "un estado un poco más elusivo para el psicoanálisis, y las críticas contra la teoría de la depresión no son, por cierto, una novedad".[64] En suma, el humor interesa poco al psicoanalista. El prólogo de un número de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consagrada a este tema lo recuerda en 1985: "El humor, sepámoslo, no es un concepto psicoanalítico", porque el psicoanálisis "ve allí la repercusión en lo corporal de las representaciones que no llegan a la conciencia, o el indicio confuso, deformado, de afectos reprimidos, acorralados".[65] En efecto, la curación analítica pasa por un "hacer consciente".

Ahora bien, repentinamente, el humor comienza a interesar a los psicoanalistas franceses. En el curso de los años 1970 la depresión neurótica se convierte en objeto de debates intensos en el medio. Numerosos clínicos advierten el nuevo ascenso del tema depresivo. Jean Bergeret es el primer francés en consagrar un artículo a los estados límites en 1970, en la *Enciclopédie médicochirurgicale*.[66] Dos años más tarde, en un artículo destinado a los médicos generalistas, estima que los estudios realizados sistemáticamente en los servicios de consulta dan cuenta de que un 20 % de los pacientes tienen una estructura neurótica, 30 % una estructura psicótica (la mayor parte de los cuales no se descompensará jamás) y un 50 % una estructura intermedia, cuyo síntoma principal es "esencialmente depresivo".[67]

Fuera cual fuere el status nosológico que se le acuerde, todos los analistas perciben la importancia cuantitativa de los trabajos que se interesan en la "depresividad"[68] o en "el regreso del tema de la depresión en la actualidad

64 G. Fossi, "La psychanalyse de la dépression: nouvelles propositions théoriques", en J. Bergeret y W. Reid (director), Narcissisme et états-limites, Paris, Dunod, 1986, p. 54. Comparado con la angustia, el sentimiento depresivo ha tenido en la obra de Freud el lugar del pariente pobre. Algunos analistas se lo reprochan: "Todo esto pasa como si, paradójicamente, su papel no hubiera sido siempre reconocido; como si la importancia acordada –con justa razón– a la angustia lo hubiera vuelto sospechoso y como si la dupla angustia-depresión una hubiese sido valorizada en detrimento de la otra, a la que se encuentra descuidada. Este papel de pariente pobre [...] le fue asignado desde un principio y por el propio Freud", A. Haynal, "Presentación de la comunicación *Le Sense du désespoir*", p. 5. Cita a Karl Abraham (1912): "Mientras que el estudio de los estados de angustia neurótica figuran ampliamente en la literatura psicoanalítica, los estados de depresión no han sido objeto de la misma atención", *ibid.*, pp. 23-24.

65 "L'humeur et son changement", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 32, otoño de 1985, p. 5.

66 Según M. Timsit, artículo citado.

67 J. Bergeret, "La dépression dite «neurotique» et le praticien", *Concours médical*, n° 12, 1972, p. 2218. Subrayado del autor que no da las referencias sobre estos estudios.

68 L. Dujarier, "Considerations psychanalytiques sur la dépression", *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 47. "En el curso de los últimos diez o quince años, en los medios psicoanalíticos, se ha dirigido una marcada atención a los trastornos afectivos", A. Villeneuve, artículo citado (1979), p. 436. Véase asimismo P.-A. Lambert, artículo citado, *L'Évolution psychiatrique*, 1976, p. 3. En su artículo de apertura de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consagrado a "Figuras del vacío",

psicoanalítica".[69] El XXXVI congreso de psicoanalistas de lenguas romances, en junio de 1976, está consagrado a la depresión. El mismo da lugar a la publicación de dos números especiales de la *Revue française de psychanalyse*, que presentan dos muy gruesos informes de André Haynal y de Jean Bergeret, como también las numerosas discusiones que los siguieron. Roland Kühn evoca, con hastío, "el tema, inagotable por otra parte, de la Neurosis y la Depresión".[70] Neurosis y depresión, parece haber aquí, por cierto, un muy delicado problema diagnóstico que concierne al status del humor en una cura analítica. En adelante, el psicoanálisis pone en funcionamiento cierto tipo de depresión humoral.

La depresión entre la patología de la identificación y la patología de la identidad

Antes de comprender las razones de esta atención nueva a los trastornos afectivos y sus apuestas diagnósticas, es necesario recordar cómo se sitúa la tradición psicoanalítica respecto de la depresión y, más precisamente, sus relaciones con la ansiedad y la angustia.[71] Cuando un paciente presenta un afecto depresivo, el psicoanalista debe ante todo interesarse en su psicogénesis, y esto para comprender por qué la persona actúa de este modo. Se encuentra aquí el problema general de la psiquiatría descripto en el capítulo precedente: ¿qué tipo de personalidad provoca tal o cual depresión? En el lenguaje analítico, esto se traduce en un diagnóstico sobre la organización del Yo y sus enfermedades, y sobre cuál podría ser el motivo de la depresión o su situación nosográfica (psicosis melancólica, neurosis o manifestación depresiva).

Los psicoanalistas distinguen, como se ha descripto en el capítulo precedente, dos grandes categorías de afectos que Freud llama "de displacer": la ansiedad o la angustia (a menudo empleados como equivalentes en psiquiatría y en psicoanálisis) y la depresión, a la que denomina "dolor". Estos dos afectos no señalan la misma cosa. La angustia o la ansiedad se suscitan siempre por un peligro o por la transgresión de una prohibición, el afecto depresivo es engendrado por una pérdida. Freud ha elaborado su clínica de la melancolía a partir del duelo: "En el duelo, el mundo se empobrece y se vacía, en la melancolía ocurre lo mismo con el Yo. El enfermo nos pinta su Yo como sin valor, incapaz de cualquier cosa que sea y moralmente condenable." Ello desencadena, agrega, "un delirio de pequeñez".[72] La pérdida del objeto amado

en 1975, Guy Rosolato escribe: "En la nosología actual, las depresiones deben ser más frecuentes", "La axe narcissique des dépressions", p. 5.

69 P. Fédida, "L'agir dépressif. Contribution phénomenologique à une théroie psychanalytique de la dépression", *Psychiatries*, n° 28, 1976, p. 48.

70 R. Kühn "Dépression endogène et dépression reactionelle", *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 15.

71 Tradicionalmente, los trabajos a los cuales los psicoanalistas hacen referencia son "Deuil et mélancolie" de Freud (artículo citado) y los escritos de Karl Abraham a los cuales se refiere el propio Freud para esta cuestión.

72 S. Freud, "Deuil et mélancolie", en *op. cit.*, p. 152.

el paciente se deprime. Más generalmente, la "posición depresiva" es una etapa indispensable en el desarrollo del niño, porque es fuente de maduración personal. La depresión forma parte del proceso que estructura la persona. En el nivel patológico, aparece como "un estado un poco más elusivo para el psicoanálisis, y las críticas contra la teoría de la depresión no son, por cierto, una novedad".[64] En suma, el humor interesa poco al psicoanalista. El prólogo de un número de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consagrada a este tema lo recuerda en 1985: "El humor, sepámoslo, no es un concepto psicoanalítico", porque el psicoanálisis "ve allí la repercusión en lo corporal de las representaciones que no llegan a la conciencia, o el indicio confuso, deformado, de afectos reprimidos, acorralados".[65] En efecto, la curación analítica pasa por un "hacer consciente".

Ahora bien, repentinamente, el humor comienza a interesar a los psicoanalistas franceses. En el curso de los años 1970 la depresión neurótica se convierte en objeto de debates intensos en el medio. Numerosos clínicos advierten el nuevo ascenso del tema depresivo. Jean Bergeret es el primer francés en consagrar un artículo a los estados límites en 1970, en la *Encyclopédie médicochirurgicale*.[66] Dos años más tarde, en un artículo destinado a los médicos generalistas, estima que los estudios realizados sistemáticamente en los servicios de consulta dan cuenta de que un 20 % de los pacientes tienen una estructura neurótica, 30 % una estructura psicótica (la mayor parte de los cuales no se descompensará jamás) y un 50 % una estructura intermedia, cuyo síntoma principal es "esencialmente depresivo".[67]

Fuera cual fuere el status nosológico que se le acuerde, todos los analistas perciben la importancia cuantitativa de los trabajos que se interesan en la "depresividad"[68] o en "el regreso del tema de la depresión en la actualidad

64 G. Fossi, "La psychanalyse de la dépression: nouvelles propositions théoriques", en J. Bergeret y W. Reid (director), Narcissisme et états-limites, Paris, Dunod, 1986, p. 54. Comparado con la angustia, el sentimiento depresivo ha tenido en la obra de Freud el lugar del pariente pobre. Algunos analistas se lo reprochan: "Todo esto pasa como si, paradójicamente, su papel no hubiera sido siempre reconocido; como si la importancia acordada –con justa razón– a la angustia lo hubiera vuelto sospechoso y como si la dupla angustia-depresión una hubiese sido valorizada en detrimento de la otra, a la que se encuentra descuidada. Este papel de pariente pobre [...] le fue asignado desde un principio y por el propio Freud", A. Haynal, "Presentación de la comunicación *Le Sense du désespoir*", p. 5. Cita a Karl Abraham (1912): "Mientras que el estudio de los estados de angustia neurótica figuran ampliamente en la literatura psicoanalítica, los estados de depresión no han sido objeto de la misma atención", *ibid.*, pp. 23-24.

65 "L'humeur et son changement", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 32, otoño de 1985, p. 5.

66 Según M. Timsit, artículo citado.

67 J. Bergeret, "La dépression dite «neurotique» et le praticien", *Concours médical*, n° 12, 1972, p. 2218. Subrayado del autor que no da las referencias sobre estos estudios.

68 L. Dujarier, "Considerations psychanalytiques sur la dépression", *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 47. "En el curso de los últimos diez o quince años, en los medios psicoanalíticos, se ha dirigido una marcada atención a los trastornos afectivos", A. Villeneuve, artículo citado (1979), p. 436. Véase asimismo P.-A. Lambert, artículo citado, *L'Évolution psychiatrique*, 1976, p. 3. En su artículo de apertura de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* consagrado a "Figuras del vacío",

psicoanalítica".[69] El XXXVI congreso de psicoanalistas de lenguas romances, en junio de 1976, está consagrado a la depresión. El mismo da lugar a la publicación de dos números especiales de la *Revue française de psychanalyse*, que presentan dos muy gruesos informes de André Haynal y de Jean Bergeret, como también las numerosas discusiones que los siguieron. Roland Kühn evoca, con hastío, "el tema, inagotable por otra parte, de la Neurosis y la Depresión".[70] Neurosis y depresión, parece haber aquí, por cierto, un muy delicado problema diagnóstico que concierne al status del humor en una cura analítica. En adelante, el psicoanálisis pone en funcionamiento cierto tipo de depresión humoral.

La depresión entre la patología de la identificación y la patología de la identidad

Antes de comprender las razones de esta atención nueva a los trastornos afectivos y sus apuestas diagnósticas, es necesario recordar cómo se sitúa la tradición psicoanalítica respecto de la depresión y, más precisamente, sus relaciones con la ansiedad y la angustia.[71] Cuando un paciente presenta un afecto depresivo, el psicoanalista debe ante todo interesarse en su psicogénesis, y esto para comprender por qué la persona actúa de este modo. Se encuentra aquí el problema general de la psiquiatría descripto en el capítulo precedente: ¿qué tipo de personalidad provoca tal o cual depresión? En el lenguaje analítico, esto se traduce en un diagnóstico sobre la organización del Yo y sus enfermedades, y sobre cuál podría ser el motivo de la depresión o su situación nosográfica (psicosis melancólica, neurosis o manifestación depresiva).

Los psicoanalistas distinguen, como se ha descripto en el capítulo precedente, dos grandes categorías de afectos que Freud llama "de displacer": la ansiedad o la angustia (a menudo empleados como equivalentes en psiquiatría y en psicoanálisis) y la depresión, a la que denomina "dolor". Estos dos afectos no señalan la misma cosa. La angustia o la ansiedad se suscitan siempre por un peligro o por la transgresión de una prohibición, el afecto depresivo es engendrado por una pérdida. Freud ha elaborado su clínica de la melancolía a partir del duelo: "En el duelo, el mundo se empobrece y se vacía, en la melancolía ocurre lo mismo con el Yo. El enfermo nos pinta su Yo como sin valor, incapaz de cualquier cosa que sea y moralmente condenable." Ello desencadena, agrega, "un delirio de pequeñez".[72] La pérdida del objeto amado

en 1975, Guy Rosolato escribe: "En la nosología actual, las depresiones deben ser más frecuentes", "La axe narcissique des dépressions", p. 5.

69 P. Fédida, "L'agir dépressif. Contribution phénomenologique à une théroie psychanalytique de la dépression", *Psychiatries*, n° 28, 1976, p. 48.

70 R. Kühn "Dépression endogène et dépression reactionelle", *Psychiatries*, n° 36, 1979, p. 15.

71 Tradicionalmente, los trabajos a los cuales los psicoanalistas hacen referencia son "Deuil et mélancolie" de Freud (artículo citado) y los escritos de Karl Abraham a los cuales se refiere el propio Freud para esta cuestión.

72 S. Freud, "Deuil et mélancolie", en *op. cit.*, p. 152.

desata una "particular sensación de dolor" de la cual "sabemos muy pocas cosas",[73] según precisa. Ésta se designa por medio del vocablo alemán *Hilflosigkeit*, el cual se traduce, según los casos, por un estado de angustia o de impotencia.[74] Se trata, explica Freud, de un dolor interno que se puede asimilar al dolor corporal: "En el dolor corporal aparece una carga elevada, que puede llamarse narcísica, de parte del cuerpo dolorido, carga que aumenta sin cesar y actúa, por así decirlo, sobre el Yo, vaciándolo."[75] El melancólico ha perdido el respeto de sí mismo. Su espíritu está partido, es decir que una parte de su Yo desvaloriza sistemáticamente a la otra parte.

Fuera de la melancolía, pueden presentarse dos situaciones. En la primera, la tristeza y el dolor moral son síntomas neuróticos del mismo tipo que una obsesión o una parálisis histérica. Pero existe un segundo tipo de afecto depresivo más difícil de clasificar para el psicoanálisis: no se trata de un síntoma, sino de un sistema patológico caracterizado por la pérdida del objeto, que posee relaciones mucho más laxas con la noción de lo prohibido. En este caso, los conflictos son pre-edípicos. Esto significa que los pacientes permanecen en un estado precedente a la identificación con las imágenes parentales, imágenes que son los primeros objetos que se presentan al niño. La enfermedad continúa en un estadio todavía fusional con la madre. Si la neurosis es una *patología de la identificación*, el estado límite, dado que el sujeto no ha podido desarrollar las relaciones objetales, es una *patología de la identidad*. Precisamente, tiene grandes dificultades para identificarse. Es, podría decirse, el impotente soberano de sí mismo –de allí, sin duda, su delirio de pequeñez.

La depresión no es en ese caso un síntoma neurótico, pues la estructura de la personalidad es otra. Los psicoanalistas la llaman "la personalidad depresiva". "La personalidad depresiva, escribe André Haynal, me parece incapaz de desprenderse de la problemática de la pérdida, mientras que las diferentes neurosis van a utilizar otros medios de defensa para dominar los malos estados interiores que derivan de ellas [...] Entre los neuróticos, la depresión sigue siendo la señal de una pérdida [...]; mientras que las estructuras depresivas viven crónicamente bajo el signo del problema no resuelto de la pérdida constante, del sentimiento fundamental de ser los perdedores, los frustrados."[76] El estado límite no es, entonces, una vaga trastienda, es una estructura del mismo tipo que la neurosis, la psicosis o la perversión. La gran diferencia entre una neurosis de manifestación depresiva y este sistema patológico es que, en el primer caso, la persona llega a estructurar mecanismos de defensa estables, mientras que, en el segundo, vive en un estado de permanente inseguridad que se manifiesta por una depresión de tendencia crónica.

73 S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, *op. cit.*, pp. 81 y 83. La noción de afecto ha sido tema de una comunicación de André Green al XXX Congreso de Psicoanalistas de Lengua Romance, "L'affect", *Revue française de psychanalyse*, nº 5-6, 1971.

74 Jean Laplanche y Jean-Baptiste Pontalis emplean la palabra "desayuda" ["*desaide*"].

75 S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, p. 83.

76 A. Haynal, *op. cit.*, p. 14

El psicoanálisis tropieza aquí con una depresión que no es la melancolía y ya no se elabora sobre la base del solo registro en que su competencia se ejerce eficazmente: el registro neurótico, resultado de un conflicto insuperable que enferma al sujeto. Este tipo de paciente se detecta en la década de 1930 entre los psicoanalistas anglosajones y se convierte en objeto central de reflexión en América del Norte entre los años cincuenta y sesenta. En psiquiatría, estos enfermos se presentan a fines del siglo XIX, en el momento en que se establece la frontera psicosis/neurosis: tienen trastornos de carácter dudoso en su constitución, pero no sobreviven al destino implacable que conduce a la demencia. La psiquiatría francesa del siglo XX conoce bien estas enfermedades. Henri Claude habla de esquizomanía, Eugène Minkovski de carácter esquizofrénico desprovisto de la disolución identitaria habitual en la esquizofrenia, Henri Ey de esquizoneurosis. Los enfermos viven en un desequilibrio psíquico permanente.[77]

Estas patologías son llamadas "narcísicas".[78] El narcisismo no es este amor de sí mismo que es uno de los mecanismos de la alegría de vivir, sino el hecho de estar prisionero de una imagen a tal punto idealizada de uno que torna impotente a la persona, parálisis que tiene la necesidad de ser asistida por los otros y que puede convertirse en dependencia –se ha visto cómo las técnicas de grupo pueden compensar esta fragilidad. Los psicoanalistas tienen un útil para definir esta patología, el ideal del Yo. La definición de esta noción ha variado en el pensamiento de Freud, pero lo poco que puede decirse sistemáticamente de ella es que está ligada al narcisismo de la misma manera que el Superyó está ligado a la interdicción: el sentimiento de inferioridad es al primero lo que el sentimiento de culpabilidad es al segundo.[79] En efecto, si el Superyó invita a no hacer, el ideal del Yo, a la inversa, convida a hacer.[80]

En las patologías narcísicas se produce una sobrecarga desmesurada sobre el Yo, que torna a toda frustración muy difícil de soportar. El paciente no obtiene jamás la satisfacción a sus pulsiones, se siente vacío y actúa por

77 Para este párrafo, véase M. Timsit, artículo citado. Timsit le atribuye al trabajo de J. Borel, *Le Déséquilibre psychique*, Paris, PUF, 1947, "la descripción [clínica] más acabada", p. 690. Parece que es el primero en insistir sobre "la subdepresión [que] es siempre más evidente, incluso la ligera [cuando] el desequilibrado la siente vivamente y la soporta mal [...] Impulsa a excesos tóxicos en los cuales el individuo requiere un calmante o un reconfortante inmediato", J. Borel, citado por M. Timsit, p. 692.

78 El aríiculo de referencia es el de O. Kernberg, "Borderline personnality organization", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nº 15, 1967, Kernberg no es tan sólo un teórico: en la actualidad se desempeña como presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. E. Kestemberg había consagrado un artículo a los "Problèmes posés par la fin des traitements psychanalytiques dans las névroses de caractère", *Revue française de psychanalyse*, nº 3, mayo-junio de 1966.

79 Véase el artículo "Idéal du Moi" en J. Laplanche y J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF. 1967.

80 Michel de M'uzan escribe en 1973: "Contrariamente al Superyó, que exige un no hacer, el ideal del Yo implicaría, como se sabe, un hacer. De allí la idea de esperanza y de proyecto que le es propia", reimpreso en M. de M'uzan, *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, colección "Tel", 1977, p. 108.

agresividad, por impulsos y por mero paso a la acción. Si la neurosis se caracteriza por el conflicto psíquico, el estado límite no llega a conflictualizar: está vacío. Este tipo de pacientes plantea problemas particulares en su cura, pues tiene dificultades no sólo en elaborar sus conflictos psíquicos, sino también en operar una transferencia sobre la persona del analista, transferencia sin la cual no puede llegar a buen resultado ninguna cura. No subsisten a la "influencia" analítica dado que los procesos identificatorios no se han formado en la primera infancia. En general, el pronóstico de estas depresiones es malo.[81]

Numerosos analistas afirman: "Cada vez más frecuentemente nos enfrentamos al problema de las personalidades depresivas [...] Es *trivial* decir que los cuadros clínicos a los cuales nos encontramos confrontados no son ya los de los tiempos de Freud."[82] ¿Las neurosis clásicas se hacen cada vez más raras en provecho de nuevas patologías? Los psicoanalistas no están de acuerdo acerca de esta distinción entre estructura depresiva y estructura neurótica. Para Lucien Israël, los deprimidos son, ante todo, histéricos: "Las afecciones que aparecen en el curso de estos estados no son diferentes, a menudo, de las quejas histéricas: dolores diversos, vértigos, sensaciones de debilidad y de fatiga."[83] Se sabe que el histérico saca sus síntomas de aquello que le ofrece la sociedad, por eso es muy posible que los mismos varíen de acuerdo con las normas sociales: los éxtasis en una sociedad todavía religiosa, la depresión en una cultura que agudiza la conciencia de sí. Ahora bien, la depresión se convierte en una enfermedad de moda en el momento en que esas normas comienzan a imponerse. "Se ha puesto de manifiesto, en nuestros días, una disminución de los grandes síntomas histéricos, destaca otro análisis, y, paralelamente, un aumento de los síndromes depresivos. ¿Debe atribuirse esto a los cambios culturales, en particular a los que acuerdan a los histéricos menos valorización y gratificaciones que hasta hace poco?"[84] Según Joyce MacDougall, cambian los síntomas y las apariencias, pero los trasfondos patológicos son los mismos. "En cuanto a la sexualidad, todo lo que puedo constatar en tanto analista, es que las normas sexuales cambian, pero que la angustia de la castración permanece. Sólo encuentra nuevos disfraces."[85]

81 A. Haynal, "Una porción muy grande de los denominados casos de evolución depresiva crónica se situan en alguna parte de la franja de estados-límites", artículo citado, p. 38.

82 L. Dujarier, artículo citado, p. 47. El subrayado es mío.

83 L. Israël, *op. cit.*, p. 157.

84 A. Haynal, *op. cit.*, p. 137. L. Dujarier: "Se habla a menudo de depresión neurótica. Sería mejor hablar de neurosis de coloración narcísica [...] Se trata casi siempre de *neurosis histéricas*", artículo citado, p. 40. "En nuestros días, escribe un psiquiatra austríaco en 1973, virtualmente, la histeria ha desaparecido en tanto diagnóstico; las neurosis tienden cada vez más a tomar un carácter depresivo [...] Paralelamente, las personas que gozan de buena salud exigen una ración cada vez más creciente de placer como motivación para el trabajo que realizan, mientras que la noción de «deber» ha quedado relegada a los limbos de los modelos pasados", H. Demel, "Observations on the clinical picture of the masked depression from the standpoint of practical social psychiatry" en Kielholz (editor), *op. cit*, p. 248.

85 J. MacDougall, *Playdoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978, p. 218.

Otra hipótesis, de tipo más sociológico, puede sostenerse a este respecto: la de una transformación de la clientela a medida que la psiquiatría se difunde en la sociedad francesa. Es la posición que sostiene Daniel Widlöcher en un artículo consagrado a las clasificaciones de la depresión y a sus significados para los analistas: indica que una reflexión nosológica contemporánea "ha consistido en descifrar un *no man's land* de la nosología clásica, el de la patología del carácter y de las dificultades de la vida. La extensión de las curas psicoanalíticas, más allá del cuadro de las neurosis, se ha realizado sobre pacientes que vienen de realizar consultas por las dificultades de la vida, y cuyos síntomas no evocan una afección mental precisa".[86] Otros psicoanalistas notan una extensión de los trastornos asumidos por el psicoanálisis y, en particular, de los trastornos depresivos.[87] El psicoanálisis se enfrentaría cada vez más a casos que tradicionalmente no recibían su atención, "en los que el vacío, la ausencia, la falta de simbolización o la incapacidad de temporalización interna serían particularmente agudos".[88] El crecimento de la depresión se presentaría como un dato proporcional a la declinación de la capacidad de representar los conflictos psíquicos. Los psiquiatras notan, asimismo, que en el curso de los años 1970 la psiquiatría no se contenta ya con tratar las enfermedades mentales, sino que se extiende en el sentido de "la ayuda para vivir" y "las patologías del bienestar".[89]

La potencia del neurótico y la debilidad del deprimido

El punto interesante de estos debates nosológicos para el problema que nos ocupa es que la neurosis es la consecuencia de un conflicto en el que se es culpable (incluso cuando predominan los síntomas depresivos), mientras que la depresión se siente como una falta o carencia de la que se siente vergüenza. El narcisismo interfiere en el guión de lo prohibido: la personalidad neurótica está en un enfermo de la ley, la personalidad depresiva está en un enfermo de la insuficiencia. Parece que le faltara un Superyó bien elaborado, y sufre por ello muy pocos conflictos. "Mientras que los sujetos potentes son fácilmente afectados por la neurosis, escribe Freud, los impotentes son accesibles a la

86 D. Widlöcher, "Le psychanalyse devant les problèmes de classification", *Confrontations psychiatriques*, n° 24, 1984, p. 145.

87 Un "sufrimiento difuso en tonalidad más o menos depresiva", escribe Jean François Narot, "Pour une psychopathologie historique. Enquête sur les patients d'aujord'hui", *Le Débat*, n° 61, septiembre-octubre de 1990, p. 169. "Nos encontramos solicitados [...] por un número de sujetos depresivos que crece sin cesar, cuya depresividad no puede ser considerada como un simple episodio pasajero en el curso de una evolución estructural de algún tipo, sea psicótica o neurótica", J. Bergeret, en Bergeret y Reid, *op. cit.*, p. 162.

88 J.-F. Narot, artículo citado, p. 166.

89 G. Daumézon menciona "la promoción de demandas y especialización de ayuda a vivir" en una discusión de T. Kammerer: "Les limites de la psychiatrie", *Actualités psychiatriques*, n°4, 1977, p. 17. Henri Sztulman subraya que "la psicosis cuestiona a la libertad y la neurosis a la felicidad", p. 18.

melancolía."[90] El deprimido se encuentra sumergido en una lógica en la que domina la inferioridad, mientras que las neurosis se producen en una dinámica de la transgresión –quieren, como dice Freud y es necesario recordarlo, ser más nobles de lo que se lo permite su constitución. Afrontar la fuerza reguladora de lo prohibido y el chaleco de fuerza de la conformidad ¿abre una autopista directa hacia la depresión? La personalidad depresiva sigue estancada en un estado adolescente permanente, no llega a convertirse en adulta aceptando las frustraciones que constituyen el destino de toda vida.[91] De allí resulta su fragilidad, sentimiento permanente de precariedad o inestabilidad. Falta en esta postura la culpabilidad que inscribiría en ella lo que el "Freud francés", Lacan, llama lo "simbólico", esa relación con la ley que, sin duda, suscita la angustia, pero sin la cual no hay estructuración sólida de la identidad, es decir, un sentimiento estable y permanente de sí mismo. De allí, una dificultad particular de soportar el sufrimiento y una búsqueda permanente del estado de bienestar.

La insufiencia caracteriza al Yo de estos deprimidos que subestiman el valor de sus experiencias: "El sentimiento de no ser tan fuerte como se querría se expresa a menudo en términos de «fatiga», del mismo modo que el sentimiento de ser menos estimulado porque no se le amará."[92] Es por eso que este tipo de depresiones se manifiesta no por la culpabilidad, sino por la vergüenza. Ésta "es el afecto por excelencia del registro narcísico [...] Más aún, implica que el sujeto se vive como responsable [...] como si, al igual que un dios, pensara que se ha creado a sí mismo. El deprimido siente vergüenza a menudo porque, en su megalomanía fundamental, no puede admitir sus insuficiencias; no admite sentirse limitado por la realidad y en particular por las restricciones que le imponen su historia personal y su filiación".[93] La culpabilidad está en relación con la ley, la vergüenza está ligada a la "mirada social".[94] El éxito de las terapias de grupo reposa sin duda sobre un proceso de "desvergonzamiento". En efecto, cuando la referencia ya no es la regla fija, cuando la ley impersonal ya no cuenta, los otros son el único medio para hacer validar una elección. Esta búsqueda a menudo patética del otro puede, en los casos más extremos, convertirse en una dependencia, una necesidad insaciable.

El acceso a una posición neurótica, que permite hacer surgir los conflictos, es el signo del progreso en las curas de estos deprimidos: entonces, la persona puede curarse reconociendo los límites de su omnipotencia en lugar de lamentarse permanentemente de su impotencia. La cura debe ayudar al paciente a salir de una sumisión a los afectos, haciéndolo apto para representar sus conflictos enmascarados.[95] El conflicto le provee de una guía, le devuelve un margen de maniobra y lo pone en movimiento.

Los psicoanalistas tienen tendencia a adelantar una explicación global del aumento en el número de las personalidades depresivas: "El exceso de potencia de las prohibiciones creó sin duda conflictos patológicos, pero la ausencia de toda lucha y de toda conquista objetal en el nivel de la realidad del Edipo amenaza disminuir considerablemente las posibilidades de placer y de limitarnos a una dialéctica *depresión-antidepresión*."[96] La sociedad contemporánea contribuye a sus ojos a una desvalorización colectiva del Edipo, es decir, del padre en su función simbólica de separación entre el niño y la madre, separación sin la cual no puede convertirse en sujeto de su existencia. Podemos ser dioses, pero, como somos humanos, lo pagamos con patologías, o con la fragilidad interna que se manifiesta por afectos dolorosos y representaciones pobres. "Se llega aquí, escribe Bergeret, a precipitar la juventud en una situación depresiva [...] en la que no es posible ni siquiera sentirse culpable de algo."[97]

Cuando la impotencia va unida a una psiconeurosis de defensa, como la histeria, el conflicto queda a la vista; cuando está ligada a un estado límite, el conflicto se mantiene oculto. Entramos en la edad moderna de la depresión: el sujeto enfermo de sus conflictos deja lugar a individuo paralizado por su insuficiencia. La emancipación desplaza a las constricciones, pero evidentemente no puede abolirlas: modifica así nuestra cultura del malestar íntimo.

90 *Manuscrit G.*, citado por A. Haynal, "Le sens du désespoir", artículo citado, p. 36. S. Freud, *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1986 (6ª edición), p. 92.

91 S. Nacht y P.-C. Racamier, en 1959, habían descripto a los depresivos "insaciables e insatisfechos", *Revue française de psychanalyse*, n° 5, 1959.

92 A. Haynal "Le sens du désespoir", artículo citado, p. 102.

93 L. Dujarier, artículo citado, p. 36-37. "La culpabilidad también se encuentra muy a menudo en los cuadros depresivos, pero es mucho menos específica que la vergüenza", p. 37. Dujarier discute firmemente la comunicación de Bergeret al XXXVI Congreso. Advierte, entre otros, que se "corre el riesgo de dejarse engañar, por ausencia de culpabilidad consciente, respecto de que el nivel edípico no ha sido afectado, y de hablar equívocamente de una problemática puramente narcísica y pre-edípica", "États-limites et dépression", *Revue française de psychanalyse*, *op. cit.*, p. 1093.

94 C. Barazer, "Honte, vergogne, ironie" en "Modernités, résonances psychiques", *Psychanalyse, traversées, anthropologie, histoire*, n° 1-2, 1997. La mayor parte de los trabajos psicoanalíticos sobre la vergüenza, escribe, establecen "la distinción entre las problemáticas de la falta, procedentes de una ley interiorizada que funda la culpabilidad, y las que provienen más bien de una falta de ideales narcísicos".

95 "Para el sujeto, escribe Louis Dujarier, sentirse culpable es abandonar su situación fija e inmutable de deprimido", artículo citado, p. 37.

96 J. Bergeret, "Depressivité et dépression dans le cuadre de l'économie défensive", comunicación citada, p. 1022. Véanse las múltiples intervenciones en J. Bergeret y W. Reid (dir.), *op. cit*: "En efecto, del conjunto de los trabajos presentados en este volumen, uno se retira con la convicción de que el sensible aumento de las manifestaciones individuales o colectivas de status depresivos, no puede sino traducir las serias dificultades, de un orden bastante nuevo dentro de las relaciones existentes, que tienen lugar en el nivel narcísico, entre el inconsciente individual y la socio-cultura medioambiental", pp. 3-4.

97 J. Bergeret, "Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive", comunicación citada, pp. 830-831. "Bastante a menudo, el complejo de Edipo es comprendido como una tara de la cual es necesario preservarse", *ibid.*, p. 1020. Véase también A. Jeanneau, "Les risques d'une époque ou le narcissisme du dehors", en J. Bergeret y W. Reid, *op. cit.* El título "Culpabilidad sin consigna" es un préstamo tomado de Jeanneau.

El hombre compulsivo: la explosión de las adicciones

El apetito por las drogas aparece a los ojos de los psicoanalistas como una elección equivalente a las terapias de grupo: un modo de defensa contra la depresión. "El camino que va de la depresión a las diferentes formas de toxicomanía es recorrido cada vez más frecuentemente", anota André Haynal en su informe sobre la depresión.[98] El depresivo, en efecto, no soporta las frustraciones. El alcoholismo y las toxicomanías, por estupefacientes o por medicamentos, son los medios para colmarlas y pueden considerarse como formas de automedicación de la depresión.[99] El reemplazo adictivo aparece como la otra cara del vacío depresivo.

La dependencia, una relación patológica

La adicción en el sentido clásico del término se caracteriza desde el punto de vista médico por una dependencia y una tolerancia psicológicas (el consumidor debe aumentar las dosis para que el producto mantenga su efecto), una influencia psíquica del producto sobre la persona, influencia que se crea mecánicamente por las mismas propiedades farmacológicas de dicho producto: la misma se expresa por un comportamiento compulsivo. En ausencia de estos dos criterios psicológicos, no se emplea el término adicción: hace falta una prueba clara que manifieste la existencia de una dependencia psíquica.[100] La noción se extendió a partir de mediados de la década de 1960, en relación con el LSD y la *cannabis*, en el momento en que estas dos drogas comienzan a conocer una amplia difusión y se convierten en un problema político para los Estados Unidos. Dicho de otro modo, drogas que no eran consideradas como causantes de una dependencia psicológica se convirtieron por sí mismas en adictivas. La invención de la noción de dependencia psicológica se convirtió en el útil indispensable para esta circunstancia. Esta noción permitió estigmatizar el consumo de productos psicoactivos que no entraban en las concepciones tradicionales, médicas y sociales, de la dependencia.[101]

98 A. Haynal, "Le sens du désespoir", artículo citado, p. 113. "He dejado de lado, precisa en la introducción, los «equivalentes» (toxicomanía, anorexia)", p. 21.

99 L. Dujarier: "Porque parece que es del riesgo depresivo de lo que se defienden sus pacientes", artículo citado, p. 46. "El recurso a los tranquilizantes y a los barbitúricos que provocan toxicomanías menores es aquí extremadamente frecuente", p. 41. Para una síntesis de la literatura psicoanalítica sobre el alcoholismo, véase A. de Mijolla y S.-A. Shentoub, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot, 1973. El Dr. Laplane escribía en 1963 en *La Revue du praticien*: "Ya no es excepcional que estos enfermos busquen en diversas drogas (barbitúricos, anfetaminas, incluso en las bebidas alcohólicas) la energía que les falta para sobreponerse a su temor", artículo citado, p. 2994.

100 R.-L. Akers, "Adiction: the troublesome concept", *The Journal of Drug Issues*, vol. 21, nº 4, 1991, p. 780.

101 Los nuevos conceptos de adicción se han desarrollado esencialmente a causa de una

La introducción de la noción de dependencia psicológica también tiene por consecuencia la relativización de la dependencia psicológica a la heroína: los heroinómanos no son animales, sino seres humanos. La dependencia psicológica reintroduce la noción de sujeto de una manera análoga a la de Pinel con la locura: el sujeto vacila, pero está allí. En efecto, esta dependencia supone la idea de una *relación* con el producto, independientemente de sus características farmacológicas: se puede ser dependiente del *cannabis*, se puede consumir ocasionalmente heroína, incluso por medio de inyección.[102] Pero la dependencia psicológica tiene también otra consecuencia: al relativizar la influencia farmacológica del producto, designa una *relación patológica*, que se refiere a un producto, a una actividad o a una persona. La dependencia es un comportamiento patológico de consumo cualquiera sea su objeto. Uno de los muchos trabajos iniciales que renuevan la noción de adicción es el libro de Stanton Peele y Archie Brodsky, *Love and Addiction*, publicado en 1975: en ella demuestran que las relaciones amorosas pueden ser tan compulsivas y destructivas como la dependencia a la heroína, es decir, terminar con la destrucción de la persona. Entran en la adicción comportamientos muy numerosos.[103] La compulsión es el principio federativo de estos comportamientos: la pérdida de control de sí mismo es, en efecto, el elemento clave que permite reagrupar todo lo que toma este aspecto desarreglado con la comida, la heroína o el cigarrillo. La adicción se convierte en un concepto amplio, una clase de comportamientos. Veinte años después de la publicación de la obra de Peele y Brodsky, es éste el dogma de toda la psiquiatría.

A partir de la década de 1970, concluida su redefinición como relación patológica, los psiquiatras observan cada vez más adicciones: patologías alimentarias, adicciones sexuales, etc. "La aplicación de la noción de enfermedad a los problemas ligados al alcohol y a las drogas se aceleró en los últimos decenios, en el momento mismo en que los profesionales de la salud han encontrado el modelo de enfermedad para describir los trastornos alimentarios, las relaciones sexuales destructivas, el juego compulsivo, los abusos sexuales sobre esposas y niños, e incluso enfermedades tan dispares como las fobias, la ansiedad y la depresión."[104] Pero, en la medida en que se trata de

dificultad de calificar como evidentemente destructivos los usos de las drogas no adictivas que parecen más dulces [...] Nadie quiere darse aires de buscar excusas para el abuso de drogas, o de querer disminuir la gravedad del problema. [...] Así, incluso cuando no se puede demostrar que una droga es adictiva en el sentido tradicional, todavía se la puede condenar con un cambio en la significación del término", R.-L. Akers, *ibid.*, p. 782.

102 Es lo que demostraron en la primera mitad de la década de 1970 los trabajos de Lee Robins sobre el GI's de la Guerra de Vietnam y, sobre todo, los de Norman Zinberg (*Drug, Set and Setting*, Harvard University Press, 1984). Estos aportes ilustran una extremada diversidad de relaciones con la heroína a partir de investigaciones clínicas propias y de trabajos realizados por etnólogos y sociólogos americanos que estudiaron a los consumidores de heroína.

103 B. Alexander y A.-R.-F. Schweighofer, "Defining addiction", *Canadian Psychology*, vol. 29, nº 2, 1988.

104 S. Peele, *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and its Interpretation*, Lexington Mass., Lexington Books, 1985, p. 134. En 1989, Peele publica un panfleto, *Diseasing*

una automedicación exitosa, el comportamiento general de estos dependientes puede parecer perfectamente normal. Es una constante, tanto de la bulimia de comienzos de los años 1970 como del abuso de Internet a comienzos de los años 1990.[105]

Los escritos psicoanalíticos subrayan los problemas relacionales de los pacientes de estados límites: dificultades para comprometerse, para establecer relaciones afectivamente estables, comportamientos superficiales de seducción, inestabilidad general, impulsos. Todo ello se produce como resultado de una vida interior vacía y de la ausencia de estima de sí mismo, que obligan al sujeto a tranquilizarse constantemente cambiando sus "objetos". La patología aparece disimulada bajo un barniz de buena socialización con sus éxitos profesionales, incluso familiares. La personalidad puede ser un "falso yo" (*"faux self"*), un "como si" (*as if*). Los comportamientos adictivos experimentan contradicciones de este tipo de individualidad patológica, es decir, "una oposición entre la concepción inflacionista que tienen de sí mismos (autorreferencia excesiva y necesidad constante de ser admirados) y su dependencia poco común".[106]

El actuar patológico en lugar del conflicto psíquico

La dependencia es una pérdida de control sobre sí mismo en el plano del comportamiento, pero ¿qué es en el plano psicológico? Los psiquiatras recuerdan regularmente que la dependencia proviene de una noción del derecho romano que obliga al deudor incapaz de reembolsar su deuda a pagar con su cuerpo –sea en la forma de una servidumbre o de una esclavitud por deudas. Esta patología mental no neurótica revela la personalidad depresiva: "El sujeto no se construye un síntoma, como en la neurosis, ni un delirio, como en la psicosis (lo que supone ya un alto grado de mentalización), sino que *actúa*

---

of America. Addiction Treatment out of Control, Lexington Books, 1989. No encuentra palabras lo suficientemente duras contra el abuso de la referencia a la enfermedad y a la estafa que a sus ojos representa la industria del tratamiento, especialmente la autoayuda (*self-help*): ya se trate de heroína, de obesidad o de desórdenes alimentarios, de tabaquismo o de alcoholismo, la mayor parte de las personas salen de ellas sin ninguna ayuda –y las terapias son, en el mejor de los casos, un agregado. "La paradoja de la industria americana del tratamiento de las adicciones es el enorme incremento que ha alcanzado, sin poder demostrar siquiera alguna eficacia", p. 232.

105 Éste acaba de ser calificado de auténticamente adictivo en un estudio presentado por la Sociedad Americana de Psicología en enero de 1996. El grueso de los consumidores responden a los mismos criterios psiquiátricos de la dependencia al alcohol y a las drogas. Han perdido su control sobre el uso de la Net, no pueden evitar usarla a pesar del dominio que ésta ha adqurido sobre sus vidas. La mayoría entre ellos son adultos de mediana edad "que pueden tener el aspecto de funcionar bien, pero que tienen serios problemas por debajo de esta apariencia", J. Keen y S. Page, "Net oversuse called «true addiction»", *USA Today*, 7 de enero de 1996.

106 M. Timsit, artículo citado, p. 703.

el conflicto"[107] a través de los comportamientos: adicciones, impulsos suicidas, paso a la acción. Estos "actuares" colman el vacío depresivo, constituyen una forma de llenarlo.

El tema de las relaciones entre toxicomanía y depresión no es nuevo para los psicoanalistas. Sandor Rado, que fue el primer director del Psychoanalytic Institute de la Universidad de Columbia, creado en 1944, había publicado en 1933 un artículo, que luego se convirtió en un clásico, sobre este tema: *"La psychanalyse des pharmacothymies"*. Describe "una categoría de seres humanos que reaccionan a las frustraciones de la vida por un tipo especial de modificaciones emocionales a las que se puede llamar «depresión ansiosa». Demuestra cómo, entre estas personas para las cuales es aguda la necesidad de euforizantes, "en adelante, el Yo mantiene su autoestima por medio de una técnica artificial".[108] La euforia evita las manifestaciones depresivas, alimentando de este modo el narcisismo del deprimido, que entonces se siente invulnerable. El fin del consumo medicamentoso puede conducir, según el caso, al suicidio o a la psicosis. Rado concluye su artículo subrayando la existencia de casos menos graves en los cuales "el paciente puede, en general, conservar el régimen de la realidad y no emplear el régimen farmacotímico más que como un auxiliar o un correctivo. Desea, de este modo, compensar su carencia de seguridad en el régimen de la realidad y cubrir un déficit por medio de un artificio. Por medio de insensibles gradaciones, arribamos a una personalidad normal que utiliza cada día estimulantes bajo la forma de café, tabaco, etc."[109] Otto Fenichel, en 1945, analizó extensamente las relaciones entre depresión y toxicomanía, y demostró "la importancia del aporte narcísico entre los deprimidos, comparándolos a los sujetos afectados por perversiones o a los toxicómanos".[110] Fenichel inventa la expresión "toxicomanías sin drogas" que la psiquiatría utilizará más tarde para definir las nuevas adicciones. El riesgo es que las medicaciones no sean eficaces más que sobre el afecto depresivo. En ese caso, no desnudan el conflicto psíquico subyacente, pero lo disminuyen. El paciente entra entonces en un círculo vicioso que ya no le permite defenderse naturalmente ante las dificultades de la vida.

En lugar de la angustia, hay una vacío depresivo. Apelar permanentemente a los objetos del mundo exterior es un medio de llenar ese tonel de las Danaides que es la interioridad del deprimido. En consecuencia, las medica-

107 G. Painchaud y N. Montgrain: "Limites et états-limites", en J. Bergeret y W. Reid, *op. cit.*, p. 29.

108 S. Rado, "La psychanalyse des pharmacothymies", reeditado en la *Revue française de psychanalyse*, nº 4, 1975, pp. 606-609. Depresión ansiosa es la traducción de *tense depression*, concepto que subraya, ante todo, una tensión interior que se manifiesta por la irritabilidad o la ansiedad.

109 *Ibid.*, p. 618.

110 S. Lebovici, artículo citado (1955), p. 513. Bergeret: "El recurso a las drogas, ya sea que se considere a éstas como «farmacéuticas» o como «estupefacientes», constituye una defensa muy frecuente en la hora actual, ligada también a las actividades antidepresivas en grupo, en tanto intento de lucha contra la invasión individual por parte del afecto depresivo", "Depresivité et dépression dans le cadre de l'economie défensive", comunicación citada, p. 916.

ciones antidepresivas son susceptibles de "crear bastante rápido verdaderas toxicomanías que recreen artificialmente una euforia superficial y carente de felicidad".[111]

El consenso sobre este punto es incuestionable tanto en la psiquiatría como en el psicoanálisis: los comportamientos están ligados de una manera u otra con la depresión. Uno de los primeros estudios empíricos publicado en los Estados Unidos en 1974 subraya que la depresión es el trastorno emocional más importante en relación con el consumo de la heroína.[112] En 1984, un psiquiatra suizo demuestra que "la depresión parece hoy un factor capital en el desarrollo de la farmacodependencia. Ésta entraña considerables dificultades en el tratamiento de esta afección y explica muchas de las recaídas. Es importante, entonces, saber reconocer los estados depresivos y tratarlos en el momento oportuno si se quiere evitar el fracaso de tener que hacerse cargo de los toxicómanos".[113] La depresión puede ser la causa de la toxicomanía que aparece entonces como una forma de automedicación; su consecuencia, porque la droga crea disfunciones neuroquímicas; su acompañamiento, porque el estilo de vida de los heroinómanos dependientes es de por sí deprimente (procurar su droga, sobreendeudarse, etc.). Los toxicómanos se mantienen en un estado ansioso-depresivo favorecido por la estructura narcísica de su personalidad: "Al menor impacto afectivo, quedan sujetos a graves reacciones depresivas."[114] Para efectuar el duelo de la heroína, el empleo de antidepresivos es eficaz, pues éstos favorecen la asunción de una carga psicoterapéutica. Diez años más tarde, en 1993, un especialista francés en adicciones estima que "las relaciones entre los trastornos del comportamiento alimentario, el alcoholismo y la toxicomanía podrían establecerse en torno de la depresión [...] La frecuencia de la depresión en los trastornos del comportamiento alimentario, el alcoholismo y la toxicomanía puede estimarse entre los sujetos jóvenes entre un 30 y un 50 %".[115]

La implosión depresiva y la explosión adictiva tienen desde ahora aspectos comunes: el vacío-impotencia y el vacío-compulsión son las dos caras de este

111 J. Bergeret, *ibid.*, p. 907. "Conclusions et prospective", introducción a la discusión de su comunicación "Depresivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive", artículo citado, p. 825.

112 P.-R. Robbins, "Depressions and drug addiction", *Psychiatric Quarterly*, 48, nº 3, 1974. La encuesta se realizó sobre 114 heroíno-dependientes en el hospital de Veteranos de Washington. Para una síntesis reciente sobre adicción, drogas y alcohol, véase el número especial de *European Addiction Research*, 1996, 2, nº 12.

113 J.-J. Deglon, "Dépression et héroïnomanie", *Psychologie médicale*, 16, 5, 1984, p. 793. Diez años más tarde, X. Laqueille y C. Spadone concluyen su artículo "Les troubles dépprésifs dans la prise en charge des toxicomanies" (*L'Encephale*, sp IV, 1995) que subraya que "la depresión es un problema central entre los toxicómanos", p. 14.

114 J.-J. Deglon, *ibid.*, p. 793. Con la zimelidina, uno de los primeros antidepresivos serotoninérgicos, los resultados sobre el humor son espectaculares: "La acción selectiva de la zimelidina sobre la serotonina explica verdaderamente los buenos resultados", p. 795. Sobre esta molécula, véase *infra*, cap. 7.

115 D. Bailly, "Recherche épidémiologique, troubles de comportement alimentaire et conduites de dépendance", *L'Encephale*, XIX, 1993, p. 290.

Jano. En el caso de la depresión, no es la tristeza lo que domina el cuadro, sino la impotencia –la dificultad de actuar– y la incapacidad de soportar las frustraciones (¿acaso elegir no es ser capaz de renunciar?) lo cual conduce a esta nueva perspectiva de depresión que es la dependencia –la acción desarreglada, producida por la ausencia de control sobre sí mismo.

La contrapartida de la soberanía individual

El sujeto de finales del siglo XIX está preso en una doble exterioridad que lo constituye y que lo somete: lo prohibido, que es a la vez anterior y exterior a él; la disciplina del cuerpo, que regulariza su conducta exterior. Con el mejoramiento de las condiciones de vida, la pérdida de legitimidad de los modelos jerárquicos y la esperanza generalizada de movilidad social, la individualidad deja atrás esta doble regulación. Por el hecho de que se la considere como un nuevo aspecto de la histeria o como un estado límite, la depresión resulta instructiva sobre la experiencia actual de la persona, pues encarna la tensión entre la aspiración de no ser nada más que uno mismo y la dificultad de serlo.

Por el lado de las nuevas terapias domina la feliz impresión de que cada uno va a poder partir a la conquista de sí mismo sin tener que pagar el precio de hacerlo: los terapeutas usan de un modelo deficitario para acrecentar "el potencial humano", su ideal es el de un sujeto pleno, sin rupturas que lo dividan –estamos aquí en el arte de reparar. Por el lado de la psicopatología, los partidarios del estado límite estiman que la economía psíquica se ha modificado: en lugar de conflicto intrapsíquico, es el vacío el que pone en crisis la estabilidad identitaria de la persona. "Su demanda profunda" no concierne ni a los conflictos ni a las prohibiciones, sino a "una necesidad de ser".[116] Aquí se trata ante todo de rehacer el sujeto, de reinscribir a la persona en el conflicto, de hacerla pasar de Narciso a Edipo –estamos entonces en el arte de separar.

La patología aparece menos como una ruptura conflictual bien marcada por las reglas –reglas quizá replicadas, pero claras por esta misma razón– y recuerda más bien una falta, un hueco sin conflictos ni relaciones. La conmoción profunda que representa el abandono de la regulación por la disciplina y la autoridad jerárquica se acompaña de un proceso de desimbolización que no había sido percibido en la época porque se lo confundía con una dominación. Desimbolización en el sentido de que, de la neurosis a la depresión, las patologías de la identidad siguen el paso de las de la identificación.

Si un trastorno mental no está constituido únicamente por síntomas, sino

116 O. Fluornoy, "Le Moi-idéal: vecteur de vide", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, "Figures du vide", *op. cit.*, p. 45.

también por maneras de ser en el mundo, la depresión puede ser considerada como el revés exacto de esta extraña pasión de ser semejante a sí mismo –de ya no identificarse– que preocupa a nuestras sociedades desde principios de los años 1960. La depresión es un vocablo común –y cómodo– para calificar los problemas provocados por esta nueva normalidad. La soberanía individual no es solamente un apartamiento de la observancia de las constricciones externas, produce pesadumbres internas de las cuales cada uno puede medir en su dimensión. La depresión frena la omnipotencia, que es el horizonte virtual de la emancipación.

En el psicoanálisis, en el francés sobre todo, la depresión se presenta como un atascamiento simbólico: la dificultad de obtener, de la experiencia de la conflictividad debilitada, los mecanismos identificatorios indispensables para estructurar una identidad capaz de vivir con sus conflictos. El estilo de desesperación comienza a cambiar paralelamente al de esperanza. La angustia de ser uno mismo bascula en una fatiga de ser uno mismo. Es ésta la forma que adquiere la constricción interior a medida que se diseña una nueva edad de la persona.

Estos nuevos dilemas son socialmente poco visibles a lo largo de la década de 1970. Sólo son advertidos desde la perspectiva psicoanalítica, y en un momento en que el psicoanálisis se ve ampliamente desafiado por otras terapias psicológicas y comienza a perder su prestigio.[117] Sobre el frente psicológico, si resulta preocupante el atascamiento simbólico que señala el sentimiento crónico de la propia insuficiencia, en tanto que *sujeto a reestructurar*, sobre el frente médico, como se verá, hay cada vez mayor preocupación por una *enfermedad a curar*.

117 Sobre la competencia entre el psicoanálisis y las nuevas técnicas, véase R. Castel, *La Gestion des risques, op. cit.*

Capítulo V

EL FRENTE MÉDICO: LAS NUEVAS VÍAS DEL HUMOR DEPRESIVO

Si los años 1970 vieron la difusión de una nueva cultura psicológica, han sido también los de una *nueva cultura biológica* que desafió la configuración elaborada en los años 1940.

El acceso psiquiátrico a los medicamentos del espíritu se había situado en la línea Janet-Cerletti-Freud. Cerletti fue el hilo conductor de una relación complementaria entre el déficit –del cual fue Janet quien proporcionó el modelo– y el conflicto –del cual actuó Freud como el faro de atracción. En el frente médico de la psiquiatría, la categoría de la neurosis saldrá moribunda de su desconexión.

Mientras que las técnicas de multiplicación de sí ocupan el escenario con nuevas terapias, el ascenso del tema depresivo y psicopatológico está dominado por los debates diagnósticos y terapéuticos sobre las relaciones entre neurosis y depresiones, culpabilidad e insuficiencia, conflicto y déficit. La estima de sí se sitúa en la encrucijada de una liberación psíquica y de una inseguridad identitaria que progresan paralelamente. La vertiente médica, de por sí, está en vías de centrarse sobre un enfermo del cual ya no es verdaderamente necesario abordar los conflictos para hacerse cargo de él desde el punto de vista farmacológico. Hay aquí dos aspectos de una misma dinámica del tránsito de la referencia al conflicto.

En el curso de la segunda mitad de la década de 1970, la psiquiatría estima que la depresión ha entrado en nuevas vías.[1] Los desacuerdos sobre los aspectos biológicos y bioquímicos de la depresión son tan importantes como en el psicoanálisis. Aquí también la categoría más débil es la depresión neurótica. También la más extendida, la que se encuentra entre la clientela del

1 P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépresion, op. cit.* Su introducción describe perfectamente las nuevas categorizaciones de la depresión que sustituyen a la clásica tripartición.

médico generalista. "De allí la imposibilidad de hacer una síntesis de «la teoría» de la depresión", declara en 1979 un orador en un coloquio consagrado a "El nuevo abordaje de los trastornos del humor".[2] La noción de trastornos del humor es el punto de reorganización del diagnóstico psiquiátrico. Estos trastornos se componen principalmente de ansiedad y de depresión, precisamente los dos afectos principales. La ansiedad es relativamente simple de reconocer, incluso si se sabe disimular; por el contrario, la depresión se manifiesta por síntomas tan diversos como la tristeza, la fatiga, problemas somáticos variados, inhibición y, por supuesto, ansiedad.

Dos niveles de descripción son necesarios para describir los cambios en el frente médico. En principio, el de la medicina general: la epidemiología advierte mejor las afecciones y los motivos de consulta; nuevos antidepresivos, más fáciles de emplear y con efectos diferentes de los que habían sido lanzados al mercado hasta ese momentos se ponen a punto; dos signos clínicos, la ansiedad y la inhibición, comienzan a redefinir la depresión. En consecuencia, también los modelos diagnósticos: la tripartición depresiva (endógena, psicógena, exógena) que reposaba sobre un diagnóstico etiológico, se abandona progresivamente. Una descripción tan fina y estandarizable como pasible de subtipos de depresión, que reagrupa las entidades sindrómicas, la reemplaza.

Consecuencia de estos cambios de paradigma: la categoría de las neurosis se vuelve inútil. El sujeto enfermo aparece involucrado en la cuestión ¿qué patología subyacente revela tal o cual cuadro clínico? Su declinación es alcanzada por una nueva pregunta: ¿qué antidepresivo debe prescribir el médico para tal o cual tipo de depresión? La literatura psiquiátrica aconseja cada vez menos buscar la patología subyacente a los médicos generalistas, es decir, lo que afecta al sujeto en tanto que éste no es solamente un cuerpo. La psicoterapia pierde progresivamente su status de tratamiento de fondo, y la psicopatología se hace marginal en psiquiatría.

Un neumático que debe volver a inflarse y un ansioso a calmar

"La depresión es, verdaderamente, la enfermedad de la actualidad. Lo que no significa que se sepa todo sobre ella, ni aun que el término, si bien discutido, designe alguna cosa precisa. La imprecisión permite al paciente tanto como al médico disponer de una etiqueta práctica, que justifica su estado para uno, y su acto para el otro."[3] Etiqueta páctica, por cierto que lo es, pues se ha convertido en un vocablo genérico, incluso una moda de entrada en materia. Los médicos no llegan a satisfacer la demanda, y terapeutas de todo género se lanzarán sobre el mercado de la estima de sí mismo. La retórica que procura

2 A. Villenueve, artículo citado, p. 436.
3 L. Israël, *op. cit.*, p. 156.

convencer a los pacientes y a su entorno de que no se trata ni de una enfermedad imaginaria ni de una enfermedad mental declina.[4] La depresión ocupa plenamente su lugar de enfermedad de la vida moderna. Como se ha visto, los medios incitan a interesarse en la propia vida íntima. Las demandas dirigidas a la medicina han encontrado su lenguaje, en tanto que los generalistas comienzan a desempeñar, de ahora en más, un papel de primer plano.

Tres elementos caracterizan la situación de la depresión entre los clínicos generales, el segundo plano que perdura de la heterogeneidad de la patología.[5] En principio, la convicción de que los trastornos mentales no psicóticos son, en lo esencial, tratables por la medicina general: ahora bien, la depresión de la que se hacen cargo los generalistas no es la misma que la que tratan los psiquiatras. A continuación, se asiste a las innovaciones del campo farmacológico: nuevos antidepresivos mejor adaptados a la práctica generalista hacen su aparición en 1975. Resulta, finalmente, que de la acción combinada de estos dos factores retroceden la tristeza y el dolor moral, en provecho de la fatiga.

La tríada astenia, insomnio, ansiedad

Julia Kristeva escribe en 1987, en su ensayo sobre la depresión: "La tristeza es el humor fundamental de la depresión."[6] Ahora bien, he aquí claramente un humor cuyo reino llega a su crepúsculo hacia finales de la década de 1970. El deprimido aparece ante todo como un asténico a estimular, un ansioso a calmar y un insomne a dormir. La tríada astenia, insomnio y ansiedad es una respuesta comportamental y afectiva al cambio incesante que impregna la vida cotidiana de las sociedades democráticas.

La primera encuesta disponible en Francia sobre los trastornos psicológicos en medicina general la realiza el INSERM sobre los años 1974-1975.[7] Los trastornos mentales y psicosociales (problemas de adaptación familiar, social y profesional) se sitúan en el segundo rango, detrás de las cardiovasculares. Los generalistas asisten al 74 % de estos trastornos, y los psiquiatras al 12 %. La encuesta confirma que los clínicos generales se hacen cargo del grueso de los problemas psicopatológicos de la población.

4 Todavía se puede encontrar sobre la cubierta de una obra sobre la depresión destinada al gran público, publicada en 1997: "La depresión no es ni locura ni debilidad de carácter", H. Lôo y T. Gallarda, *La Maladie dépressive*, Paris, Flammarion, 1997.

5 "El término depresión no es más que el denominador común de un gran número de entidades clínicas. Además, los límites mismos de algo que, de modo manifiesto, no es otra cosa que un síndrome, piden que se los fije", P. Pichot "Conclusiones", artículo citado (1981).

6 J. Kristeva, "Le Soleil noir, Paris, Gallimard, 1987, p. 31. Se trata de una toma de posición, pues la autora está completamente al corriente de los trabajos realizados por los psiquiatras sobre los aspectos psicomotores de la depresión.

7 A. Colvez, E. Michel y N. Quemada, "Las maladies mentales et psychosociales dans la pratique liberal. Approche épidémiologique", *Psychiatrie française*, 10, 1979. En realidad, la primera encuesta completa fue publicada en 1973, pero sobre una aldea de Vaucluse: P.-M. Brunetti, "Prévalence des troubles mentaux dans une population rurale de Vaucluse: données nouvelles et récapitulatives", *L'Encephale*, n° 61, 1073.

Los generalistas diagnostican el 73 % de las depresiones y los psiquiatras liberales el 16 %. Las depresiones (neuróticas, psicóticas y sin otra precisión) representan casi un cuarto de los trastornos mentales y psicosociales en medicina, y casi un tercio en psiquiatría. Neurosis y alcoholismo constituyen el 71 % de los trastornos mentales: entre las mujeres predomina la neurosis, mientras que el alcoholismo es "casi exclusivamente" masculino.[8] Los autores notan que, si se suman las dos patologías, dan el mismo porcentaje de consultas para los dos sexos. El alcoholismo es la manifestación principal de la depresión masculina: *las mujeres desarrollan síntomas y los hombres comportamientos*.

En los diagnósticos, la serie neurosis-fatiga anormal-depresión representa el 18,2 % de los casos entre los generalistas y 0,8 % entre los psiquiatras. Los clínicos generales en su mayoría prescriben medicamentos, los psiquiatras proponen otro tratamiento. Cada vez más, en la medicina general, las patologías mentales son tratadas de modo más medicamentoso que cualquier otro tipo de patología.[9]

Otra encuesta, publicada en 1993, analiza los *dossiers* médicos a fin de relevar los motivos invocados por pacientes y diagnósticos. Los pacientes se quejan sobre todo de astenia, de insomnio, de ansiedad o de angustia. En las depresiones tratadas por la medicina general se encuentra finalmente un poco de todo: agotamiento, pérdida de dinamismo, fatiga, insomnio, tristeza, ideas negras, pérdida de apetito (incluso anorexia) y, más raramente en algunos casos, angustia. En el plano diagnóstico, los médicos dedican poca atención a la dupla enervamiento-irritabilidad, muy poco evocada. Se remiten "a referencias que contienen únicamente la noción de «bajo»".[10] Los que consultan por motivos de orden somático o funcional siguen siendo mayoría, pero los que llegan por dificultades personales se encuentran en neto aumento.[11] Todas las encuestas

8 *Ibid.*, p. 12. He aquí un tema absolutamente recurrente: "Según la mayoría de los autores, se puede considerar como equivalentes depresivos a ciertas formas de alcoholismo periódico, cargadas muy significativamente de una significación autoagresiva, incluso suicida. Sería más justo hablar aquí de alcoholomanía", D. Bendjilali. "Place de la toxicomanie dans la dépression masquée. Valeur dépressive de certains conduites pathologiques", *Actualités psychiatriques*, nº 1, 1980, p. 90. Véase también, E. Rochette y M. Brassinne, "La toxicomanie: un comportement antidépressif", *Concours médical*, nº 41, 1980. En un comentario de este artículo, Koupernik subraya, a propósito de las anfetaminas: "He visto desarrollarse un acostumbramiento muy fuerte de enfermos que sufrían esencialmente de astenia e indecisión", p. 6267. Se encuentran numerosas notas sobre este tema en Kielholz (editor), 1973, *op. cit.*, *passim*.

9 El 87,1 % de los generalistas y 52,2 % de los psiquiatras prescriben medicamentos. De los primeros, solamente el 14,4 % lo hace al proponer una nueva consulta, y de los segundos el 51,6 %, "Los medicamentos se prescriben muy ampliamente entre los generalistas, mucho más a menudo que para las otras patologías", A. Colvez *et al.*, *ibid.*, p. 22. Según Arthur Tatossian, los porcentajes de trastornos psíquicos varían entre los generalistas, según las encuestas y los criterios consignados, entre un 10 % y un 25 % de la clientela, A. Tatossian, "Les pratiques de la dépression: étude critique", p. 273. He tomado prestada de Tatossian la expresión tríada.

10 P. Aiach, I. Aiach y A. Colvez, "Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux: analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan epidémiologique", *Psichologie médicale*, 15, 4, 1983, p. 552.

11 *Ibid.*, p. 554.

confirman la tríada de la depresión entre los generalistas: insomnio, ansiedad, astenia.[12] Frecuentemente, vuelven a encontrarse en la práctica médica, en la cual carecen de especificidad. "Los signos más característicos (tristeza y pesimismo, ideas e intentos de suicidio) no aparecen sino secundariamente".[13] El deprimido que viene a consultar a un generalista raramente está triste: se extraña de la fatiga y pide ser estimulado. Los pacientes se quejan manifiestamente de los trastornos que son favoritos de los medios.[14]

Los síntomas más aparentes y los tipos de quejas formuladas revelan, en la inmensa mayoría de los casos, depresiones neuróticas o reaccionales.[15]

Depresión enmascarada

Al abrir el coloquio internacional sobre la depresión enmascarada que se realizó en Saint-Moritz, Suiza, en enero de 1973, Paul Kielholz declara: "No solamente la prevalencia de la depresión ha aumentado en el curso de estos veinte últimos años, sino que también se han observado cambios en la sintomatología. Particularmente en las formas psicogenéticas de la enfermedad, pero también en las formas endógenas."[16] En efecto, varios trabajos notan, al menos desde comienzos de los años 1960, que numerosos pacientes se quejan de dolores diversos que no tienen sustrato orgánico: es la depresión enmascarada. Estos cambios en la sintomatología involucran síntomas somáticos extremadamente variados que van desde dolores de cabeza hasta problemas cardiovasculares, pasando por trastornos gástricos e intestinales. Participan en este coloquio los grandes nombres de la psiquiatría europea: (Kühn, López-Ibor –uno de los primeros psiquiatras en haber trabajado sobre este tema desde la década de 1950–, Berner, Pichot, van Praag[17]) y norteamericana (Lehmann, Freedman).

12 C. Lasvigne, *La Dépression vue par les médecins généralistes du arrondisement de Paris*, tesis de medicina, Paris-IV, 1978, citada por T. Lempérière y J. Adès, "Problèmes posés au medecin praticien par la dépression", *L'Encephale*, nº V, 1979, pp. 484-485. P. Mineau y P. Boyer, "La notion de dépression en médecine générale; a propos d'une enquête statistique réalisée auprès de 59 médecins", *Annales médico-psychologiques*, 137, 1979, p. 632. D. Cremniter, J. Delcros, J.-D. Guelfi, J. Fermanian, "Une enquête sur les états dépresifs en médecine générale", *L'Encephale*, vol. VII, 1982. "Parece [...] que en conjunto, los generalistas siguen por sí mismos a los pacientes deprimidos, sin intervención del psiquiatra", p. 531.

13 P. Mineau y P. Boyer, "La notion de dépression en médecine: à propos d'une enquête statistique réalisée auprès de 59 médecins", artículo citado.

14 La fatiga es un tema permanente. *Elle*, por ejemplo, al margen de una multitud de artículos, consagra un importante *dossier* a este tema en 1976 ("La fatigue, mal du siècle", nº 1267). "Los estimulantes calmantes [son] cada vez más empleados para hacer frente a esta tensión-frustración. A largo plazo, acrecientan la fatiga", p. 97. Otro se publica en 1977 (nº 1650), etc. La fatiga, o el stress, forman parte de los temas a los que, de allí en más, es necesario dedicarles un *dossier* cada año.

15 A. Tatossian, artículo citado, p. 277.

16 P. Kielholz, "Psychosomatic aspects of depressive illness. Masked depression and somatic equivalents", en P. Kielholz (dir.), *op. cit.*, p. 12.

17 Es uno de los principales promotores de la hipótesis serotoninérgica de la depresión, hipótesis sobre la que trabaja desde fines de los años 1960. Véase *infra*, cap. IV.

En ocasión del Encuentro de Bichat, durante ese mismo año, Thérèse Lempérière, una antigua alumna de Delay y de Deniker, realizó una conferencia sobre el tema: los deprimidos son numerosos en la medicina general y no se dan cuenta del origen psicógeno de sus dolores, ya se trate de cefaleas, de dolores gástricos, cervicales o abdominales. Británicos y americanos habían llevado adelante varias encuestas durante los años 1960, todas las cuales ponen de relieve la importancia de los pequeños dolores en la población general y su mayor proporción entre los neuróticos, tanto entre los histéricos como entre los neuróticos obsesivos. A menudo, esos dolores son acompañados de astenias.[18] En los encuentros departamentales de medicina de 1972, consagrados a los estados depresivos, un colaborador de Kielholz subraya hasta qué punto "el concepto de depresión engloba muchas más cosas que esta sola sintomatología psiquica". Insiste en "su inmensa resonancia práctica, sobre todo para los no-psiquiatras",[19] tanto más cuanto que las manifestaciones somáticas de la depresión son de una extremada diversidad (constipación, palpitaciones, pérdida del cabello, accesos de escalofríos, etc.), lo que torna a la patología más engañosa de lo que se creía. Los síntomas psicológicos existen, pero son discretos y difíciles de advertir. En la medida en que el malestar físico enmascara la depresión, ésta se expresa esencialmente para los generalistas.[20] Frente a la dificultad de diagnosticar este género de depresión, es la prueba terapéutica, en última instancia, la que viene a confimar o a descartar el diagnóstico.[21]

Los psiquiatras reprochan a los generalistas tratar los síntomas más manifiestos en lugar de diagnosticar las depresiones. Sin embargo, reconocen que no son los mismos deprimidos los que realizan su consulta en la medicina general y en la psiquiatría liberal, mientras que los que son tratados por el sistema hospitalario difieren todavía mucho más. Cada vez más, la lógica de

18 T. Lempérière, "Les algies psychogènes", *Entretiens de Bichat. Psychiatrie*, 1973 (conferencia del 3 de octubre). A estas mismas entrevistas, G. Hakim, también él de la Sainte-Anne, insiste vigorosamente sobre la depresión enmascarada en una exposición sobre los "Aspects modernes de la dépression". Véase también M. Gourevicht, "Les psychalgies", *Concours médical*, n° 45, 1979. El autor insiste sobre la necesidad de prescribir algo al paciente, no por la eficacia farmacológica del medicamento, sino por su eficacia relacional. Marcel Bruner, director del policlínico psiquiátrico universitario de Lausana, subraya las relaciones entre cambios de empleo, movilidad social ascendente y astenia. Insiste sobre los aspectos conflictuales enmascarados por la fatiga. "Thérapeutique des états de fatigue", simposio sobre "La fatiga, problema o enfermedad", Lausana, 4 de mayo de 1985, *Psychologie médicale*, n° 8, vol. 18, 1986.

19 G. Hole, "La dépression masquée et sa mise en évidence", *Les Cahiers de médecine*, n° 7, junio de 1973, *op. cit.*, p. 847.

20 Véase también J. M. Sutter, "Problèmes posés en médecine générale par les formes atypiques des états dépressifs", en *ibid*. En la mayor parte de los artículos consagrados a la depresión enmascarada, el alcoholismo y las toxicomanías se citan como ejemplos típicos de equivalentes depresivos.

21 "Su naturaleza depresiva se afirma por una respuesta rápida al tratamiento antidepresivo, mientras que las terapéuticas sintomáticas [fortificantes y estimulantes] y las tranquilizantes siguen sin tener efecto", G. Hakim, artículo citado, p. 251. Véanse también las intervenciones sobre "Les états dépressifs camouflés", reuniones departamentales en *Les Cahiers de médecine*, *op. cit.*, p. 486 *sq.*

la medicina general no es la misma de la psiquiatría: los clínicos generales tienen tendencia a realizar diagnósticos amplios, articulados más sobre los síntomas que sobre la nosología, y dan preeminencia a la terapéutica sobre el diagnóstico. Acuerdan "un peso mayor al bienestar y a la satisfacción a corto plazo de su paciente que a la curación a mediano y a largo plazo",[22] estima en 1985 Arthur Tatossian en su informe sobre las prácticas de la depresión. No hace falta, entonces, sorprenderse de las prescripciones medicamentosas: ésta práctica es coherente con las normas profesionales. El generalista ¿no debe enviar a los pacientes al especialista cada vez que se revela ineficaz el tratamiento a corto plazo?

Estas prácticas resultan tanto menos sorprendentes desde el momento en que hemos visto las dificultades de diferenciar los tipos de depresión. La responsabilidad de los "malos" diagnósticos y de las prescripciones erróneas proviene de que los psiquiatras se muestran, de por sí, poco claros respecto de la noción de depresión, que constituye un verdadero matorral.[23]

Los nuevos antidepresivos estimulantes

Enmascarada por equivalentes comportamentales (adicciones) o somáticos, que se expresan a través de tres afecciones, la depresión se percibe desde el ángulo de una baja, es aprehendida como una insuficiencia. Esta caracterización de los pacientes se establece en el momento mismo en que son lanzados al mercado nuevos antidepresivos, la mayor parte de los cuales actúan directamente sobre esta insuficiencia. Paralelamente, la tristeza y el dolor moral declinan en provecho de una atención creciente dirigida a la ansiedad y a la inhibición. En la psiquiatría, cambia el modo de considerar la depresión.

Si bien es difícil tener una visión precisa de lo que se hace en materia de prescripción, los psiquiatras notan, sin embargo, que en 1978 se prescribieron cinco millones de recetas de antidepresivos, que el consumo de esta clase aumenta más rápido que la media de los medicamentos (19 % contra 6 %) y que las dos terceras partes de las recetas son prescriptas por generalistas. Los psiquiatras critican la insuficiencia de la formación psicofarmacológica y la forma en la cual las empresas farmacéuticas presentan su producto (ésta satisface más bien "las necesidades del marketing" que "la información objetiva").[24] A los generalistas les repugna prescribir los tricíclicos a causa del riesgo de suicidio, de la importancia de su toxicidad y de sus efectos secundarios o de las dificultades de observar el tratamiento. Por esta misma causa prescriben débiles posologías, a menudo insuficientes. Los efectos secunda-

22 A Tatossian, artículo citado, p. 276. Sobre la lógica de la medicina general, he utilizado las páginas 272 a 283 de su comunicación.

23 T. Lempérière y J. Adès, por ejemplo, lo reconocen en la conclusión de su trabajo sobre la depresión en la medicina general: "Si los generalistas tienen a mal encontrarse en el matorral de las depresiones ¿esto no proviene de que nosotros, los psiquiatras, estamos lejos de tener en claro nuestro concepto de depresión?", artículo citado, p. 489.

24 T. Lempérière y J. Adès, *ibid.*, p. 487.

rios son más molestos en los casos ambulatorios que hospitalarios: los pacientes deben continuar llevando una vida normal, y la intensidad de la depresión es más débil, lo que los vuelve más sensibles a sus efectos.[25] Su importancia no es precisamente secundaria. Los antidepresivos deben ser más fácilmente manejables por los generalistas, a fin de poder prescribirlos, y sería deseable disminuir los inconvenientes y la toxicidad para que los pacientes observen el tratamiento. Químicos y farmacólogos buscan antidepresivos que puedan sobrepasar el porcentaje de eficacia de los IMAO y de los tricíclicos (60 a 70 %), y actuar más rápidamente.

Entre 1974 y 1985, las prácticas prescriptivas de los médicos generalistas comienzan a modificarse: las cantidades de antidepresivos prescriptos progresan el 300 %, mientras que los ansiolíticos bajan relativamente.[26] Ahora bien, esta súbita aceleración de las prescripciones se incia en 1975, en el momento en que una segunda generación de antidepresivos, ni IMAO ni tricíclicos, ven la luz. Éstos son ansiolíticos y se dan –innovación decisiva para la práctica generalista– en dosis única; otros son estimulantes.[27] Tienen por lo general pocos efectos anticolinérgicos, y algunos de ellos tienen una toxicidad mucho menor que los compuestos antiguos.[28] Si se sigue reprochando a los generalistas de prescribir demasiados ansiolíticos, la situación evoluciona, sin embargo, con esta nueva generación de antidepresivos más fácilmente manejables que los productos lanzados al mercado hasta ese momento. Desde fines de los años 1970, algunos psiquiatras notan el comienzo de cambios en las prácticas de los generalistas,[29] y en 1985 Arthur Tatossian estima que "esta reticencia tiende a

25 "Las dolencias de los pacientes que involucran a los efectos secundarios se encuentran en relación inversamente proporcional a la gravedad de su enfermedad", escribe M. Hamilton, "Méthodologie d'appréciation de l'efficacité des antidépresseurs", *L'Encéphale*, V, 1979, p. 653.

26 A. Godard y M.-H. Regnauld, "Consommation des psychotropes", *Revue française de santé publique*, n° 33, 1986. Los BZD vieron aumentar su consumo en alrededor del 60 % entre 1978 y 1984 (de 45 a 75 comprimidos por año por adulto).

27 Ansiolíticos: amitriptilina, maprotilina, dosulepina. Estimulantes: nomifensina, viloxazina, amineptina.

28 Además de las moléculas citadas en la nota anterior, los otros nuevos compuestos sobre los que debaten los psiquiatras son la trazadona, la fluvoxamina (un ISRS que se lanzará en 1988) la fluoxetina (es decir, el *Prozac*) y la fenfluramina. Todavía no se encuentran en el mercado. En 1979, Ronald Fieve estima que, por ejemplo, la viloxazina "carece de peligros, incluso en dosis muy fuertes". Agrega que "el envenenamiento con antidepresivos tricíclicos se ha convertido en una de las principales urgencias de autoenvenenamiento de la medicina occidental", "La recherche pour de nouveaux antidépresseurs: orientations actuelles", *L'Encephale*, vol. V, n° 5, 1979, p. 674. "Los nuevos antidepresivos, a menudo un poco menos poderosos, están un poco más liberados de efectos secundarios molestos, de allí el favor de que gozan de parte de numerosos clínicos generales", J.-C. Scotto, T. Bougerol, R. Arnaud-Castel-Castiglioni, "Stratégies thérapeutiques devant une dépression", *La Revue du praticien*, "La dépression", n° 35, 1985, p. 1634.

29 Esto "está en camino de modificar las prácticas terapéuticas del generalista y, probablemente, va a reducir la proporción, todavía muy elevada, de deprimidos tratados únicamente con tranquilizantes, o con medicamentos contra la fatiga, o incluso con neurolíticos", T. Lempérière y J. Adés, artículo citado, p. 487.

decrecer desde hace algunos años, al menos en relación con los antidepresivos llamados nuevos y de tipo estimulante, cuya prescripción por parte del generalista parece en gran medida responsable de la progresión más rápida del mercado de medicamentos hacia los BZD entre 1979 y 1983".[30] Esta tendencia se acelerará con los ISRS: con esta generación de antidepresivos, la medicina general dispone al fin de medicamentos adecuados a sus constricciones diagnósticas.

Los nuevos productos impulsan hacia delante a los antidepresivos en su conjunto: un único producto se lanza al mercado en 1975, y trece en 1984, mientras que los tricíclicos pasan de quince a veinte y los IMAO registran una declinación muy notable.[31] El número de recetas de antidepresivos pasa de alrededor de 4,3 millones en 1977 a casi 7,4 en 1982. Las nuevas moléculas representan cerca del 45 % del mercado de los antidepresivos, y uno de ellos –la amineptina, un estimulante– está a la cabeza del mercado con un 20 %, sobrepasando por primera vez al antidepresivo de referencia que es la clomipramina. Al mismo tiempo, los psicotónicos (anfetaminas) pasan de 4,3 millones de prescripciones a 3,7.[32]

La ansiedad y la inhibición redefinen la depresión

Las relaciones entre ansiedad y depresión plantean un problema diagnóstico particularmente delicado dado que la ansiedad también se manifiesta en la depresión.[33] En este caso, la prescripción de ansiolíticos no hace más que enmascarar el estado depresivo subyacente y, en consecuencia, vuelve al cuadro depresivo menos neto. El antidepresivo ansiolítico permite resolver el problema terapéutico. Pero, en cambio, obliga a diagnosticar como depresión cuadros clínicos en los cuales predomina la ansiedad, y a aumentar el número de deprimidos. Esta situación es ampliamente reconocida por la psiquiatría desde comienzos de la década de 1980: "La clínica actual, escribe por ejemplo Arthur Tatossian, tiende a subordinar los trastornos ansiosos a los trastornos depresivos, tendencia ciertamente acentuada por el descubrimiento de los antidepresivos [...] pues en esta realidad, la aceptabilidad de las reglas de decisión diagnóstica, y en consecuencia, su elección, se halla sostenida por las posibilidades de acción, en especial los psicotrópicos disponibles."[34] Las

30 A Tatossian, artículo citado, p. 289.

31 A. Godard y M.-H. Regnauld, artículo citado.

32 G. Maruani, "Antidépresseurs, doping ou autolytique?", *Psychologie médicale*, 16, 1984, pp. 638 y 639.

33 Distinguir la ansiedad de la depresión "es el principal problema diagnóstico", J.-D. Guelfi y R. Olivier-Martin, "Modalités d'appréciations de l'anxiété. Conséquences thérapeutiques", *La Revue du praticien*, vol. 22, n° 12, 21 de abril, p. 1926. Es un tema recurrente: el número especial de la *Revue du praticien* de 1985, por ejemplo, le consagra un grueso artículo (P. Hardy y I. Le Goc, "Anxiété et dépression"). La revista se ocupa de todos los coloquios sobre depresión.

34 A. Tatossian, artículo citado, p. 289.

relaciones entre ansiedad y depresión forman parte de temas difíciles de limitar desde, por lo menos, mediados de la década de 1970.[35]

La ansiedad entra en el continente depresivo, pero un segundo síntoma comienza a cambiar de lugar gracias a los efectos estimulantes de ciertos nuevos antidepresivos: la inhibición. Es, junto con la ansiedad, el objeto de preguntas sobre el lugar que se le debe acordar en tanto que blanco, privilegiado o no, de los antidepresivos. Para ciertos psiquiatras, "los productos aparecidos no han mejorado nada más que la tolerancia y el tratamiento de síntomas secundarios de la depresión, como la ansiedad o la inhibición",[36] para otros, por el contrario, si el fin del tratamiento es "devolver al sujeto la euforia psicológica en baja [...] estos productos ejercen también, en proporciones variadas, una actividad terapéutica sobre dos síntomas *fundamentales* de la depresión: la ansiedad y la inhibición".[37] Cuando estos dos síntomas son secundarios, la depresión sigue siendo, sencillamente, un dolor moral.

En ocasión del II Coloquio de Psiquiatría y Epidemiología, reunido en Ginebra en 1983, un psiquiatra señaló una neta inflexión en el abordaje terapéutico de la depresión: "Hasta 1977, la superación de la inhibición era el mayor temor de quien prescribía antidepresivos, que deseaba enmendar las ideas negras de su paciente. Por el contrario, la inhibición es hoy el síntoma central privilegiado para el prospecto de tres de los diez antidepresivos más prescriptos."[38] Los nuevos antidepresivos, algo menos los estimulantes, favorecen una descentración progresiva del dolor moral hacia la inhibición. Y ello tanto más cuanto que, como se ha visto, los generalistas son más sensibles a las afecciones que expresan una "baja". La depresión aparece entonces menos como el revés de la alegría de vivir que como *una patología de la acción*.[39]

La inhibición es, junto con la astenia, el blanco privilegiado de los antidepresivos estimulantes. Éstos sustituyen a las anfetaminas (inscriptas en el cuadro B desde comienzos de los años 1970) con un riesgo menor para los pacientes: "Su utilización no tiene interés desde que se dispone de antidepresivos con un fuerte componente estimulante",[40] como la amineptina, que "puede encontrar su indicación terapéutica en las depresiones o dominio de la

35 En al menos tres coloquios, que tuvieron lugar en 1979 (Montecarlo), 1980 (Montecarlo) y 1981 (Sousse) se aborda el tema en numerosas comunicaciones.

36 J.-P. Boulenger y D. Moussaoui, "Perspectives pharmacologiques en psychiatrie biologique", *Perspectives psyquiatriques,* II, 76, 1980, p. 115. El subrayado es mío. Este número especial traza una balance de la psiquiatría biológica desde su nacimiento en los años de la década de 1950.

37 H. Lôo y G. Cuche, p. 599. El subrayado es mío.

38 D. Marouani, artículo citado, p. 639. "Estos ocho primeros días son cruciales para el enfermo: por el riesgo de suicidio, por la intensidad del malestar, por la tentación de abandonar la medicación, porque el deprimido, por lo general, se encuentra sometido a una presión de su entorno que lo obliga a abandonar la terapéutica", L. Bertagna, J.-P. Chartier y C. Brisset "Commentaires de «Les dépressions» de C. Koupernik", *Concours médical*, n° 15, 1975.

39 La depresión como patología de la acción será analizada en el capítulo VI.

40 J.-C. Scotto *et al.*: artículo citado (*La Revue du praticien*, 1985), p. 1637.

inhibición".[41] Los psiquiatras se interrogan desde un comienzo sobre el status realmente antidepresivo de estas sustancias. En 1980, Julien-Daniel Guelfi, que quince años más tarde será el coordinador de la traducción francesa del DSM-IV, habla de "compuestos de transición entre las actividades timioanalíticas y psicoestimulantes".[42] Entre el restablecimiento del humor y la desinhibición, las fronteras se borran. ¿Acaso estas nuevas sustancias no representan una respuesta adecuada a la tríada astenia-insomnio-ansiedad? ¿Es esta respuesta una asunción terapéutica de la depresión en la que una suerte de droga de las masas inicia discretamente su carrera en la segunda mitad de los años 1970?

El modelo de depresión que se generalizó entre los electroshokcs y el comienzo de los años 1970 está en camino de modificarse: la patología, por cierto, era engañosa, pero guardaba todavía cierta especificidad. Entra ahora en un proceso de descomposición, tal como se verá principalmente en el capítulo siguiente, mientras la psiquiatría se interroga sobre la justicia semántica de los vocablos "depresión" y "antidepresivos".

La literatura psiquiátrica de fines de los años 1970 y de comienzos de los 1980 está de acuerdo sobre este punto: la eficacia terapéutica de los antidepresivos no es superior a la de la iproniazida o de la imipramina, 30 o 40 % de las depresiones resisten al tratamiento, el efecto antidepresivo no aparece sino después de dos, e incluso de tres semanas.[43] Los antidepresivos, sin embargo, proveen al generalista de un útil más manejable y menos peligroso para el paciente. Vacila menos que antes en el momento de prescribir un antidepresivo.

41 J.-C. Poignaut, "Revue pharmacologique sur l'amineptine", *L'Encephale*, vol. V, 1979, p. 709. En un ensayo clínico sobre cuarenta casos, los autores notan que es eficaz en las depresiones reaccionales y neuróticas, que "aparece como favoreciendo la relación y permitiendo una mejor relación terapéutica" y que "en el plano semiológico, la amineptina [...] nos ha parecido ser un buen desinhibidor a la vez físico y psíquico", M. Laxenaire y P. Marchand, "Essais cliniques de l'amineptine (à propos de 40 cas)", *Psychologie médical*, vol. 11, n° 8, 1979, p. 1731.

42 J.-D. Guelfi "Implications pratiques des donnés modernes de la psychopharmacologie", *L'Évolution psychiatrique,* n° 4, vol. 45, 1980, p. 808. Godard y Regnauld consignan que "su propiedad antidepresiva es, a menudo, menor, y en ocasiones recuerda a los psicoestimulantes", artículo citado, p. 7. Fieve estima que un componente como la nofimensina es parecido a las anfetaminas, artículo citado (1979), p. 679. M. Porot insistía, en 1973, sobre la necesidad de desconfiar de los fortificantes y de los psicoestimulantes: "La preparación del cuadro B de anfetaminas permite el error demasiado frecuente, que se cometía hasta hace poco tiempo, de dar estos medicamentos, que no tienen ningún efecto curativo y que demasiado a menudo conllevan un efecto ansiógeno", "Principes géneraux de la thérapeutique des états dépressifs", *Les Cahiers de médecine, op. cit.* 575.

43 La constatación, por ejemplo, se realiza en el coloquio "L'approche moderne des désordres de l'humeur", que se realizó en mayo de 1979 en Montecarlo: "Los progresos registrados involucran esencialmente la tolerancia y la existencia de antidepresivos con efectos sedantes o estimulantes más marcados, que permiten una elección más juiciosa para los tratamientos iniciales de depresión ansiosa, por ejemplo, o a la inversa, para tratamientos ambulatorios sin consecuencias molestas sobre la vigilancia", L. Colonna y M. Petit, "Sémiologie dépressive et orientation de la prescription", *L'Encephale*, vol. 5, n° 5, 1979, p. 642.

El principal problema sigue siendo la falta de consenso en el diagnóstico. Dos vías se han seguido simultáneamente, actuando recíprocamente la una sobre la otra, para identificar con precisión los subtipos de depresión, cuestión "crucial"[44] de ahora en adelante, pero sobre bases no etiológicas.

Estas dos vías tienen en común permitir el establecimiento de *correlaciones*, cuyas regularidades más fiables, se piensa, son las que se vinculan con la psicopatología. La primera se apoya sobre medios biológicos. La bioquímica ha progresado fuertemente desde los años 1960, tanto a nivel celular como molecular. La búsqueda de correlaciones entre un tipo clínico de depresión y una carencia biológica debería permitir prever la eficacia de tal o cual antidepresivo. La clínica sería así menos dependiente de la prueba terapéutica y menos reducida al pragmatismo, es decir, al buen olfato de los clínicos. En lugar de verificar según el impacto de la eficacia de una molécula, se podría evaluar *a priori*. Del mismo modo, la psicodinámica esperaba, en los años 1960, poder plantear la indicación de psicotrópico en función de la estructura del sujeto.

La segunda vía es clasificatoria. Reposa sobre la epidemiología psiquiátrica: el objetivo es explorar los datos más fiables constituyendo grupos de poblaciones homogéneas a partir de análisis estadísticos multivariados, de útiles epidemiológicos y de escalas de depresión que permitan estandarizar el diagnóstico sin hacer uso del ojo clínico del practicante: esto lleva a la psiquiatría a lo que ella misma llama su "segunda revolución". La primera era la de los medicamentos del espíritu, la segunda es clasificatoria. Es la tercera versión del *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales*, publicado en los Estados Unidos en 1980.

¿Cuál antidepresivo para cuál depresión?

Durante las Jornadas de Psiquiatría Privada, las exposiciones de Roland Kühn, Jean Oury, Pierre Fédida, etc., muestran claramente el lugar decisivo tomado en ese momento por la depresión en la psiquiatría y en el psicoanálisis. El argumento que presenta ese coloquio amerita ser citado, pues resume en un parágrafo el estado de nuestra patología: "Noción crucial, pero igualmente marginal, y no solamente en su acepción profana [...] la depresión se destaca sin ninguna duda por la variedad de sus etiologías, de las estructuras que comprende, de los discursos que modula. Pero también debe sorprendernos la variabilidad del conjunto semiológico que, por aparecer tan limitado, tiende progresivamente a diversificarse hasta llegar incluso a disolver su expresión cardinal (las depresiones "enmascaradas"). A tal punto que, para algunos, el solo dato "constante"podría ser el resultado obtenido en la utilización del

44 R.-R. Fieve, en R.-R. Fieve (editor), *op, cit.*, p. 2.

tratamiento timioanalítico."[45] Si la heterogeneidad de las depresiones es una constante establecida por todas las corrientes, ningún otro acuerdo se desprende permitiendo separar subgrupos. El éxito de la depresión no reposa sobre una mejor delimitación de la patología, sino sobre una extensión nosográfica y un desmembramiento en el tema de los trastornos del humor. De allí la inquietud que emerge aquí y allá por definir exclusivamente la depresión como la entidad mórbida que reacciona a la acción de los antidepresivos. ¿Pero qué es, entonces, en una patología tan múltiple y engañosa, lo que reacciona a los medicamentos?

Si las depresiones son heterogéneas, los antidepresivos también lo son.[46] Entre dos cuadros clínicos menos claros que antes, porque los pacientes que realizan la consulta ya han consumido psicotrópicos,[47] y la multiplicación de productos puestos en el mercado, se asiste a un crecimiento general de la heterogeneidad. En efecto, los antidepresivos, al contrario de los ansiolíticos, tienen un amplio espectro de efectos: actúan sobre la tristeza, la astenia, la ansiedad, las cavilaciones, las cefaleas o los dolores cervicales.

Kühn estimaba, como se ha visto, que la imipramina era claramente más eficaz en las depresiones endógenas que en los otros estados depresivos. El medicamento es específico de este tipo de depresiones. Para Kline, al contrario, la iproniazida es un no-específico pues, según piensa, es eficaz para todas las depresiones. Ahora bien, este medicamento es retirado rápidamente del mercado porque los pacientes tenían probabilidades no desdeñables de tener una ictericia. En líneas generales, los IMAO son poco utilizados porque plantean, contrariamente a los tricíclicos, no sólo problemas de interacción importantes con numerosos medicamentos, sino también con alimentos, como el queso. Los tricíclicos son, en consecuencia, los medicamentos de referencia. En los primeros tiempos, los psiquiatras acuerdan sobre su efectividad en los casos de depresión endógena.[48]

45 Argumento de la introducción de *La Dépression*, Actas de las VII Jornadas nacionales de psiquiatría privada, *Psychiatries*, nº 36, 1979, p. 7.

46 "La complejidad del problema reside tanto en la heterogeneidad del grupo de depresiones, como en la de los antidepresivos", escribe D. Moussaoui, "Place respective des differents antidépresseurs en thérapeutique", *L'Encephale*, V, 1979, p. 703.

47 "El consumo por parte de la población de diversos medicamentos durante largos períodos de tiempo puede terminar por oscurecer las manifestaciones típicas iniciales", C. Ballus y C. Gasto, "Le rôle du généraliste dans l'assistance psychiatrique", en P. Pichot y W. Rein (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs du penser en ronde, vol. III, 1991, p. 74.

48 "La mayor parte de los trabajos publicados han confirmado esta afirmación general, aunque haya habido excepciones, escribe M. Hamilton, "Le pronostic dans las dépressions", *La Revue de médecine*, 21-28 de enero de 1980, p. 142. En el coloquio de Nueva York de 1970, un psicofarmacólogo presenta una síntesis de una investigación organizada bajo la supervisión del NIHM y dirigida por Jonathan Cole sobre los tratamientos de la depresión en el medio hospitalario. Esta investigación compara los pacientes que han recibido clorpromazina, imipramina, un BZD o un placebo: "Las depresiones neuróticas obtienen los mismos resultados con el placebo que con cualquier otra sustancia activa. Estos resultados son coherentes con las encuestas que muestran que la imipramina es particularmente benéfica en las depresiones endógenas y de poco valor en las depresiones neuróticas. Considerados globalmente, escribe

Sin embargo, el propio Kühn precisa en 1977 que "su empleo es absolutamente legítimo en muchos casos de neurosis que se revelan todavía de dominio exclusivo de la psicoterapia, de preferencia analítica".[49] En 1973, se da cuenta de que el antidepresivo es eficaz en "las depresiones reaccionales, las neurosis obsesivas, la histeria y ciertas formas de ansiedad neurótica y de neurastenia".[50] El argumento es que el síndrome depresivo, tradicionalmente, resulta subvalorado en las neurosis. En quince años, los antidepresivos conocen el mismo recorrido de incertidumbres que el electroshock entre fines de los años 1930 y fines de los 1940: presentados como terapéuticas específicas de la depresión, comprendida en un sentido endógeno, se los emplea en los casos de franca manifestación depresiva o en los que la depresión aparece enmascarada por otros síntomas. El debate entre neurosis y depresión, que hemos examinado en el capítulo precedente, también tiene lugar en el frente médico.

El razonamiento psiquiátrico tradicional consistía en diferenciar los tipos de depresión buscando la patología subyacente. Si Kühn subraya la necesidad de este tipo de razonamiento psicopatológico (los antidepresivos son eficaces en las neurosis de manifestación depresiva), esta manera de proceder no corresponde a las prácticas dominantes en la medicina liberal. Asimismo, también resulta marginal en la moda del cuestionamiento que emplea la psiquiatría. La cuestión es, de allí en más: ¿qué antidepresivo para qué tipo de depresión? Se buscan antidepresivos específicos de tal o cual tipo de depresión. El efecto ansiolítico o estimulante aparece demasiado grosero para "personalizar cada compuesto".[51] Si los nuevos productos tienen el interés de ser más confortables y menos tóxicos, poseen además otra ventaja: "Estos nuevos medicamentos presentan posibilidades considerables al surgir nuevos abordajes para la comprensión de la biología profunda de la depresión."[52]

La bioquímica pone de relieve dos vías neuronales por las cuales pueden comprenderse los mecanismos de la depresión: la noradrenalina y la serotonina.[53] Junto con la dopamina, encontramos aquí los tres grandes sistemas de neuronas denominadas monoaminérgicas. Se asume rápidamente que los tricíclicos aumentan la tasa de concentración de la serotonina y de la noradrenalina. Los investigadores, entonces, emiten la hipótesis de subtipos de deprimidos carentes de uno u otro de estos neuromediadores.

Se ponen a punto los modelos bioquímicos para correlacionar los síntomas con las modificaciones monoaminérgicas que se toman de la farmacología

Allen Raskin, espero que estos resultados animarán a los investigadores a continuar sus investigaciones sobre medicamentos antidepresivos en un espectro más amplio y verdaderamente eficaz", "Drugs and depression subtypes", R.-R. Fieve (editor), *op. cit.*, pp. 94-95.

49 R. Kühn, "Dépression endogène et dépression réactionelle", artículo citado, p. 16.

50 R. Kühn, "The treatment of masked depressions", en Kielholz (editor), *op. cit.*, p. 190.

51 "Los criterios de eficacia actualmente estudiados no permiten "personalizar" cada compuesto, sólo los síntomas clave detectados como efecto ansiolítico sedante o estimulante", L. Colonna y M. Petit, artículo citado, p. 642.

52 R.-R. Fieve, artículo citado (1979), p. 674.

53 Volveré con más detalle sobre la serotonina en el capítulo siguiente.

animal y de la clínica humana. La hipótesis de subgrupos de deprimidos carentes de serotonina es objeto de numerosas discusiones. Un creciente número de artículos se publican sobre este tema en el curso de la década de 1970.[54] Esta hipótesis resulta a la vez muy cuestionada y plena de esperanzas.[55] La investigación clínica intenta entonces diversificar el uso de los antidepresivos existentes. Se descubre que las moléculas mejoran diferencialmente la actividad de los diferentes sistemas monoaminérgicos, en particular los estimulantes de la dopamina,[56] cuya acción terapéutica se ejerce sobre la inhibición más que sobre la tristeza y el dolor moral.[57] Los investigadores, sin embargo, notan una rareza: ciertas moléculas que aumentan la transmisión de la noradrenalina y de la serotonina no tienen efectos antidepresivos, mientras que otros, que no modifican esa actividad, son efectivamente antidepresivos. Dicho de otro modo, índices de todo tipo muestran claramente el papel de las monoaminas, pero los resultados parecen demasiado contradictorio.[58] Édouard Zarifian y Henri Lôo, en su obra de referencia publicada en 1982, se rehúsan explícitamente a hablar del "«modo de acción de los antidepresivos». Un formulación de este tipo implicaría que se autorice a conectar las modificaciones bioquímicas inducidas en el sistema nervioso central por los antidepresivos con sus efectos terapéuticos. Tal cosa no existe".[59] Los psiquiatras no llegan a correlacionar la heterogeneidad bioquímica de las depresiones. Un especialista reconocido en psicofarmacología llega incluso a declarar: "Tratar este problema es humillante para quien se ha consagrado a él desde hace veinte años."[60] Sin embargo, la relación entre acción bioquímica y acción terapéutica sigue siendo una hipótesis fructífera.

La tentación de recurrir a un medio tan práctico como la prueba terapéutica

54 En particular, de H. M. van Praag (editor), *Neurotransmission and Disturbed Behavoir*, Amsterdam, Bohn BV, 1977. W.-B. Essman (editor), *Serotonin in Health and Disease*, New York, Spectrum, 1997, señala este punto veinte años más tarde.

55 O. Lingjaerde, "Le rôle de la sérotonine dans les troubles de l'humeur", *L'Encéphale*, V, n° 4, 1979, p. 500.

56 Amineptina, nomifensina, mianserina, piribedil, bromocriptina.

57 J.-P. Boulenger y D. Moussaoui, artículo citado, p. 117.

58 O. Lingjaerde: "La reducción de un síntoma psicopatológico en el disfuncionamiento de un sistema monoaminérgico, sin embargo, parece algo azaroso", artículo citado, p. 116. H. Lôo y H. Cuche: "La théorie monoaminergique dans la genèse de la dépression apparait abusivement simplificatrice", "Clasification des antidépresseurs", en "L'approche moderne des troubles de l'humeur", *op. cit.*, p. 596. Los autores se apoyan en É. Zarifian, "Dépressions: hypothèses monoamienergiques", *Annales de la biologie clinique*, 37, 1979. D. Moussaoui: "El extraordinario florecimiento de trabajos y de publicaciones sobre las perturbaciones biológicas en las depresiones y sobre los mecanismos de acción de los antidepresivos contrasta con la poca repercusión clínica sobre su eficacia media en las curaciones", artículo citado, p. 702.

59 É. Zarifian y H. Lôo, *Les Antidépresseurs*, Paris, Laboratoires Roche, 1982. En 1983, Pierre Deniker y Édouard Zarifian estiman que la depresión es "una entidad heterogénea en el plano bioquímico a despecho de un aspecto clínico unívoco", "Perspectives d'utilisation de la L. Dopa en psychiatrie", *Entretiens de Bichat*, 1983, p. 339. La L. Dopa es un precursor de la dopamina. Zarifian defendió su tesis de medicina sobre la L. Dopa en 1973.

60 Tissot, artículo citado (1984), p. 621.

es evidentemente muy fuerte: la "verdadera" depresión es aquella sobre la cual actúan los antidepresivos. De allí, una tendencia a asimilar depresión con antidepresivos. *La Revue du praticien* consagra dos números especiales a la depresión en 1978 y en 1985. La tonalidad evoluciona ampliamente entre estos dos datos. En 1978, Daniel Widlöcher escribe: las corrientes bioquímicas y psicogenéticas se enriquecen mutuamente, "lo que hace de la depresión el trastorno psicopatológico por el cual el nivel de comprensión y las posibilidades terapéuticas se comprueban más prometedoras".[61] Siete años más tarde, Jean-Claude Scotto, quien dirige el *dossier* sobre las depresiones, escribe a propósito de la psicoterapia: "Esta palabra debe ser tomada en su acepción más amplia, la que privilegia la acción "de sostén", de acompañamiento [...], *sin necesidad de ninguna forma técnica particular*. Pero [...] lo esencial del tratamiento está representado por los medios biológicos: sismoterapia [es decir, electroshock] y antidepresivos."[62] Esto significa, por un lado, que la psicoterapia no debe ser considerada como un tratamiento de fondo y, por otro, que no es un medio para hacer resurgir los conflictos inconscientes y permitir que los pacientes los confronten.

A mediados de los años 1980, el modelo deficitario realiza una alianza inédita entre las terapias de liberación y la medicación química. A partir del momento en que no siempre se sabe definir la depresión, sino que se dispone de antidepresivos eficaces, manejables y que actúan bastante bien sobre el humor depresivo, ya sea éste inhibido o ansioso ¿qué otra cosa puede hacerse con esta patología que curarla con antidepresivos? En este caso, la noción de conflicto pierde totalmente su interés en guiar el diagnóstico. En efecto, un paradigma descriptivo sustituye al paradigma etiológico.

La batalla de las clasificaciones

La segunda vía propuesta por la psiquiatría para resolver el caos diagnóstico es la clasificatoria. En la medida en que los desacuerdos etiológicos no pueden superarse, basta con eliminar la cuestión etiológica en provecho de una descripción clínica lo más precisa posible. La apuesta principal es el mejoramiento de la *fidelidad* diagnóstica. Ésta implica encontrar criterios que permitan a los clínicos que evalúan independientemente a un mismo paciente realicen el mismo diagnóstico. La elección del tratamiento se deja librada a la apreciación del clínico, pues constituye un objeto de investigación en que esta operación se pone a punto.

61 D. Widlöcher y J. Delcros, "De la psychopatologie du deuil à la biochimie de la dépression", *La Revue du praticien*, número especial dedicado a las "Depresiones", 11 de septiembre de 1978, p. 2963. "En el momento actual, en el lenguaje de los enfermos, y a veces también en el de los médicos, todo es depresión. El término se ha ampliado, no sólo a todo estado de tristeza o de tensión que refleja una voluntad de vivir, sino también a las formas más diversas de la afección mental", D. Widlöcher y F. Binaux, "Le clinique de la dépression", artículo introductorio, p. 2953. El dossier esta concebido desde una perspectiva psicopatológica.

62 J.-C. Scotto, artículo citado (1985), p. 1633. El subrayado es mío.

La solución aportada por la vía clasificatoria al problema de la heterogeneidad de las depresiones tiene por consecuencia desconectar estos síndromes de sus vínculos con las categorías de la neurosis o de la psicosis.

En 1980, la American Psychiatric Association (APA) publica una clasificación que ha demandado una escasa década de trabajos: el *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales*, tercera edición, conocido bajo la sigla DSM-III. El manual ha sido parcialmente revisado en 1987 (DSM-III R), y una cuarta versión ha sido publicada en 1994 (DSM-IV).[63] El DSM impuso un nuevo rumbo a la psiquiatría mundial.

El contexto de una revolución

La psiquiatría americana de entreguerras y de después de la Segunda Guerra Mundial es por completo diferente a la psiquiatría francesa.[64] Los enfrentamientos entre neurólogos y psiquiatras son marginales, el papel de las universidades en la regulación de la profesión psiquiátrica es mucho más importante que en Francia, las instituciones federales desempeñan una acción decisiva en el desarrollo de las políticas de salud mental. Así, el National Institute of Mental Health, creado en 1946, dispone de los medios financieros que le permiten conducir políticas de gran amplitud, pero también investigaciones cuantitativas sin relación con las que pueden observarse en Europa. Cada vez más, los psicoanalistas son médicos (por decisión de la Asociación Psicoanalítica Americana de 1927) y el psicoanálisis se integra en las instituciones médicas. Si los psiquiatras americanos, en el curso de los cincuenta, son generalmente analistas, el psicoanálisis es de una inspiración teórica muy diferente del psicoanálisis francés. El personaje clave de la psiquiatría americana de la primera mitad del siglo XX, Adolf Meyer,[65] organiza el viaje de Freud a los Estados Unidos en 1909. El psicoanálisis que promovió (sin ser él mismo analista) es una suerte de higiene mental, una técnica de desarrollo orientada a reforzar el Yo de los pacientes –a la cual denomina la Ego psicología. Explora menos el mundo fantástico de los pacientes que sus capacidades de adaptación a la realidad.[66]

La psiquiatría americana, por tradición, no es clasificatoria en la medida

63 El DSM-I data de 1952. Había sido concebido para diagnosticar formas de patología mental menos severas que las psicosis. Durante la Segunda Guerra Mundial, la nomenclatura en vigor era de poca utilidad para los psiquiatras militares: no podía servir para diagnosticar las psicopatologías resultantes de los combates. El DSM-II debía basarse en la parte Perturbaciones Mentales de la octava revisión de la Clasificación de Enfermedades Mentales (OMS). Ambos se publican en 1968. El término "Trastornos tímicos" (*affective disorders*) se emplea por primera vez en la nomenclatura de la administración militar. Se lo retoma en el DSM-I. Véase S.-A. Kirk y H. Kutchkins, *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992, S. Jackson, *op. cit.* y A. Young , *The Harmony of Illusions. Inventing Post-traumatic Stress Disorders*, Princeton, Princeton University Press, 1995, pp. 94-107.

64 Véase G.-N. Grab, *Mental Ilness and American Society 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983 y R. Castel, F. Castel, A. Lovell, *op. cit.*

65 Sobre Adolf Meyer, véase G.-N. Grab, *op. cit.*, p. 112 *sq.*

66 Sobre la especificidad del "sujeto" francés a través del psicoanálisis local, cf. *infra*, cap. VII.

en que la concepción dominante de la enfermedad es "psicosocial". Se caracteriza por tres rasgos. El primero es la noción de reacción, de la cual el propio Meyer es el gran promotor: toda persona sometida a tratamientos de shocks suficientemente fuertes es susceptible de desarrollar una enfermedad mental. La segunda es una visión unitaria de la enfermedad mental: las diferencias entre psicosis y neurosis son cuantitativas y no cualitativas, el grado de severidad de la patología es el criterio de discriminación. Las nociones de reacción y de intensidad implican una visión de la patología opuesta a los términos de entidades discretas de Kraepelin. El tercer rasgo es el diagnóstico etiológico: ¿qué es lo que hay detrás del síntoma o el síndrome?

Numerosos elementos internos de la sociedad americana obligaron a la profesión a operar un viraje radical en materia de clasificación en el curso de la década de 1960. La fuerza del movimiento antipsiquiátrico americano pone a la profesión en una posición defensiva: si la distinción entre normal y patológico es fluida, como lo supone el modelo psicosocial, entonces los diagnósticos psiquiátricos son perfectamente arbitrarios. La instauración de un tercer agente de pago (*Medicaid* y *Medicare*) lleva a la administración a realizar la evaluación de las terapias, cosa difícil desde el momento en que se carece de criterios estandarizados. Cada vez más, el descubrimento de medicamentos del espíritu viene a solucionar un problema específicamente americano: un subdiagnóstico de esquizofrenia y un subdiagnóstico de depresión. Se prescribían neurolíticos a pacientes que, en realidad, eran depresivos. Finalmente, las transformaciones de los años sesenta, que suponen un desplazamiento del tratamiento de los trastornos mentales hacia la medicina urbana y la psiquiatría comunitaria (equivalente americano del sector), han llevado a confundir un poco más a los psiquiatras con los trabajadores sociales caracterizados como psicoterapeutas.[67]

Esta reforma estaba ligada, también, a posiciones internacionales perfectamente evidentes. La misma se concibió en relación directa con la de la Organización Mundial de la Salud. Se trata, durante la segunda mitad de los 1960, de poner en su lugar categorías psiquiátricas que permitan comparaciones internacionales, en la medida en que los sistemas nacionales de descripción, de diagnóstico y de clasificación eran muy variados.[68] Ahora bien, a partir de la invención de los medicamentos del espíritu, las disciplinas reagrupadas por la psicofarmacología se internacionalizan (la creación en 1958 del CINP le proporciona un marco adecuado), así como los mercados. Pero el mercado principal, por su tamaño, es el de los Estados Unidos. Y en él, un actor indefinible: la Food and Drug Administration (FDA). Sus reglas de autorización son muy estrictas. Es necesario, en particular, que el medicamento

67 Véase S.-A. Kirk y H. Kutchkins, *op. cit.*, como también M. Wilson, "DSM-III and the transformation of american psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, 150, 3 de mayo de 1993 y A.-M. Freedman, "American viewpoints on classification", *Integrative Psychiatry*, 7, 1991.

68 Para el caso de la depresión véase N. Sartorius, "Description and classification of depressive disorders-Contribution for the definition of the therapy-resistance and of therapy resistant depression", *Pharmacopsychiat.*, 7, 1974, p. 76.

sometido a la decisión de una autorización pueda demostrar una eficacia sustancial. Los instrumentos de evaluación de tipo estadístico se hacen necesarios: los estudios en doble entrada que comparen el nuevo medicamento con otro ya empleado (llamado de referencia) y un placebo se convierten en un elemento obligatorio.[69] Para que estos estudios puedan demostrar su eficacia, es indispensable disponer de categorías de depresión y de poblaciones depresivas homogéneas, es decir, aceptables para el sistema de actores.

El crecimiento de una nueva preocupación clasificatoria resulta entonces en una internacionalización de la psiquiatría, del lugar particular que ésta ocupa en el mercado americano y de las nuevas dificultades encontradas por la psiquiatría americana en el curso de la década de 1960.

La psiquiatría universitaria francesa y la reforma de las clasificaciones

La psiquiatría universitaria francesa no participa en esta vasta empresa, pero la aceptará fácilmente. Casi no se advierten debates en las revistas universitarias,[70] en tanto la tradición clínica era fuerte, el psicoanálisis era una referencia para la quimioterapia y la antipsiquiatría no tuvo el mismo impacto alcanzado en Gran Bretaña y los Estados Unidos. La clasificación psiquiátrica del ISERM, publicado en 1968, era un glosario, y los cuestionarios o las escalas estandarizadas de evaluación habían perdido su peso en Francia –Pierre Pichot es uno de los muy pocos franceses que construyeron este tipo de escalas.[71] De este modo, la tradición epidemiológica resulta frágil.

69 Véase D. Healy, *The Antidepressant Era*, *op. cit.*, cap. III.

70 En Francia, por lo general se encuentran polémicas del tipo más bien global que debates argumentados con precisión. El DSM-III ha sido objeto de discusiones durante un taller realizado en Lille, en el Congreso de Psiquiatría publicado en 1984. Véase J.-P. Descombey, "Subjetivité, scientificité, objectivité, objetivation: le DSM-III et ses retombées sur la pratique et la recherche", *L'Information psychiatrique*, vol. 61, n° 5, junio de 1985. El autor ve aquí la muerte de la psiquiatría. *Confrontations psychiatriques* ha publicado un número de reflexión y de descripción de clasificaciones en 1984. La editorial de P. Bailly-Salin, a la vez que expresa el temor de que "la esencia del hecho psiquiátrico no sea [...] evacuado" (p. 7), subraya la utilidad de "repensar sus perspectivas actuales ante las clasificaciones" (p. 8). El artículo de Pierre Legendre, profesor de derecho y psicoanálisis, ve en el DSM una empresa de desubjetivación en el nombre de un *management* típicamente americano.

71 Estos métodos comenzaron a ser reclamados desde los años 1960. Dos ejemplos. Para poner un poco de orden en este caos diagnóstico, Paul Kielhoz estima, en 1962, que "sería necesario crear una nomenclatura y definiciones diagnósticas internacionales para las diferentes manifestaciones depresivas", artículo citado, p. 403. Jean Delay declara en el congreso del CINP, reunido en Washington en 1966: "A medida que se multipliquen y se diferencien las drogas psicotrópicas y a medida que el campo de sus aplicaciones se extienda a casi todas las formas de la patología mental, se vuelve indispensable disponer de medios más rigurosos. Éstos resultan indispensables para el establecimiento de estadísticas veraces, quiero decir, de estadísticas homogéneas en cuanto al diagnóstico y en cuanto a la evaluación de los tratamientos", "Discurso presidencial", artículo citado, p. XIX. Agrega: "La experiencia ha demostrado que el plano sobre el cual el acuerdo de los clínicos resulta más fácil de realizar es el de los síntomas elementales, de la simple constatación de su presencia o su ausencia, sin interpretación patogénica", p. XX.

La psiquiatría francesa[72] no se sostiene en instituciones estáticas fuertes. No se dispone de un equivalente francés del NHMH. El INSERM, fundado en 1962, y cuyo primer director general desempeñó un papel decisivo en la puesta a punto de la política del sector, dispone comparativamente de una influencia mucho menos imporante. Los psiquiatras más prestigiosos de los años 1960 (Ey, Daumézon, etc.) no son universitarios, y los hospitales psiquiátricos componen un sector no integrado a los hospitales generales.

La separación de la neurología y de la psiquiatría en 1968 (ley del 31 de julio) ha permitido a un número creciente de psiquiatras hacer una carrera universitaria y convertirse en jefes, como en cualquier otra especialidad médica. Se encuentran en una situación profesional que favorece una investigación más universitaria basada en epidemiología, útiles estadísticos, etc., que obligan a operar una inflexión en relación con la antigua investigación clínica. El tránsito científico del razonamiento es crucial en el cuadro universitario. Los industriales han encontrado un idéntico relevo al que existe en el país en relación con la psiquiatría universitaria fuerte y reconvertido los diversos métodos de evaluación estandarizada. Del mismo modo, la reforma de las clasificaciones permite proveer a los médicos generalistas de un modelo más operativo que la antigua tripartición.

Si la referencia psicoanalítica se mantiene entre los titulares de las cátedras de psicología clínica,[73] no es el mismo caso de la psiquiatría, tanto más cuanto que el psicoanálisis comienza a perder ampliamente su prestigio a fines de los años 1970. A partir de la década de 1980, la cura analítica ya no constituye un pasaje obligado para los internos en psiquiatría. Cada vez más, la reforma del concurso del internado en 1982 suprime el internado especializado en psiquiatría. Ello implica que la "elección" de la profesión de la psiquiatría está menos ligada a la motivación personal del estudiante que a su posición en los resultados del concurso: la cultura de los psiquiatras es cada vez más médica.[74] El viejo estilo psiquiátrico que representaba Henri Ey en la tradición de los médicos-filósofos (Ey fallece en 1977) insistía sobre la importancia de las controversias porque a partir de ellas era posible arribar a un consenso etiológico. Los métodos epidemiológicos, el apoyo sobre los datos y la fidelidad interjuicios han terminado por construir un consenso

72 Carecemos de trabajos sobre la profesión psiquiátrica en Francia. Robert Castel le ha consagrado al tema un capítulo de *La Gestion des risques*, *op. cit.* A. Ogien y M. Tolédo han estudiado a los cuadros psiquiátricos en "Le métier de psychiatrie", en P. Aïach y D. Passin (dir.), *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Editions de l'Espace européen, 1992.

73 Algunos elementos de la historia de las relaciones entre psicología y psicoanálisis en Francia se encuentran en D. Anzieu, "La psychanalyse au service de la psychologie", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, "Regards sur la psychanalyse en France", n° 20, 1979.

74 É. Zarifian subraya que la psicopatología ya no se enseña más que en psicología (*op. cit.*, p. 119). Consigna que la psiquiatría francesa cuenta, en 1996, con un centenar de hospitales universitarios, con cuatro mil psiquiatras en el servicio público y seis mil particulares. Los primeros dominan, esencialmente, la escuela de Sainte-Anne, que es ante todo "biologizante" (*ibid.*, p. 113). Es esencialmente entre los psiquiatras no universitarios del servicio público que una diversidad de abordajes sigue siendo la regla.

general sobre la marginalidad de la etiología. No se trata de que no haya desacuerdo y de que no predomine ninguna corriente, sino de que el medio psiquiátrico se pone a funcionar sobre la forma de "la yuxtaposición de la prácticas y la superposición de las teorías".[75]

La máquina americana se pone en funcionamiento

La elección de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) de construir una clasificación que sirva de verdadera guía de diagnóstico revela una estrategia para anclar sólidamente la psiquiatría en la medicina más científica. Así lo declara Gerald Klerman, uno de los más importantes psiquiatras americanos y un experto mundial en materia de depresiones, durante un debate organizado por la APA, en 1982: "La decisión tomada por la APA de desarrollar el DSM-III, luego de promulgarlo, representa una reafirmación significativa de parte de la psiquiatría americana de su identidad médica y de su implicación en una medicina científica."[76]

Una enorme empresa y sus múltiples ramificaciones se ponen en marcha. Robert Spitzer, de la Universidad Columbia de Nueva York, es nombrado a la cabeza de un grupo de trabajo designado para preparar la revisión de DSM-II. En 1974, se constituyen catorce comités especializados en las principales categorías de trastornos mentales. Llevan adelante múltiples estudios de caso, organizan conferencias para el consenso, designan subcomités para las cuestiones litigiosas, negocian con las diferentes organizaciones profesionales (se trata de asociaciones de psicoanalistas, de psiquiatras pediátricos, de psicólogos, etc.) Este despliegue de procedimientos debe permitir elaborar una clasificación que sea aceptada por el conjunto de las tendencias de la profesión: los datos epidemiológicos como medio y el consenso como objetivo son los dos ejes principales del DSM-III. Los estudios de caso, que se desarrollan entre 1977 y 1979 bajo el patronazgo del NIHM, se realizan en trece mil pacientes, supervisados por quinientos cincuenta clínicos.

El desplazamiento del centro de gravedad del hospital psiquiátrico a la psiquiatría comunitaria[77] da origen a otra serie de estudios epidemiológicos que permiten conocer mejor los problemas sanitarios de la población. Una

75 C. Barazer y C. Ehrenberg, artículo citado. A. Rigaud y M. M. Maquet desarrollan el mismo género de crítica en "Propos critiques sur les notions d'addiction et de conduites de dépendence. Entre lieux communs et chimères", en D. Bailly y J. L. Venisse (dir.), *Dépendances et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 1994.

76 Citado por Kirk y Kutchikins, *op. cit.* p. 6. Donald W. Goodwin relata que comenzó su carrera a finales de la década de 1950 como un "ardiente freudiano". Luego, trabajó en la Universidad Washington de Saint-Louis junto a parte de los futuros promotores del DSM-III: "Me agradaba la manera en que estos médicos se comportaban como médicos y no como swamis, y que tuviesen un abordaje práctico de la psiquiatría respecto de la cual sentía que era científica", en G. Edwards (editor), *Addictions, Personnal Influences and Scientific Movements*, New Brunswick y Londres, Transaction Publishers, 1991, p. 145.

77 R. Castel, F. Castel, A. Lovell, *op. cit.*, p. 187 *sq.*

comisión, designada en 1977 para evaluar las necesidades en salud mental de la nación, inicia, bajo la dirección de la NIHM, una investigación epidemiológica sobre veinte mil personas repartidas en cinco sitios: la *Epidemiological Catchement Area* (ECA). Su objetivo es obtener datos sistemáticos sobre la prevalencia de las enfermedades mentales, los síndromes y los síntomas entre la población en general. Esta investigación utiliza nuevos métodos diagnósticos puestos a punto en el curso de los años 1970 para la constitución del DSM-III y destinados a servir a una futura revisión del Manual. Comenzada en 1980, da lugar a la publicación, en 1991, de un verdadero "atlas" de los trastornos mentales: Psychiatric Disorders in America. Un balance surge claramente de este cuadro del trastorno mental americano: el aumento de la depresión, del alcoholismo y del uso de drogas.[78]

Poco importa la causa desde el momento en que se es "fiel"

La introducción del DSM-III es muy clara respecto de la concepción de la enfermedad mental, y permite comprender claramente el razonamiento.[79] El DSM es un paso en lo que concierne a todas las enfermedades mentales: la falta de consenso, que resulta de la diversidad de las doctrinas psiquiátricas, deja un lugar enormemente importante en el momento del diagnóstico al juicio personal del psiquiatra. La solución es delimitar este juicio gracias a la puesta en funcionamiento de un lenguaje común a toda la profesión, cualesquiera sean las orientaciones de los clínicos. La APA pone a punto un equivalente de lo que los especialistas informáticos denominan "un sistema experto" para obtener una fidelidad diagnóstica por consenso. Los principales medios para arribar a él son los conceptos de base del DSM-III: la noción de trastorno mental, el abordaje descriptivo y los criterios diagnósticos, la evaluación multiaxial.

• 1. El trastorno mental es "un síndrome o un conjunto clínicamente significativo, comportamental o psicológico, sobrevenido a un individuo y típicamente asociado a un síntoma de dolor (angustia) o a una disminución en, al menos uno, de los principales dominios del funcionamiento (incapacidad). Este trastorno tiene por base una angustia que se expresa en un síntoma invalidante. La persona *tiene* un síndrome, como escribe Spitzer: "Un error cometido frecuentemente consiste en creer que una clasificación de trastornos mentales clasifica individuos mientras que, en realidad, las que se clasifican son las enfermedades. Es por eso que el texto del DSM-III evita utilizar expresiones tales como "esquizofrénico" o "alcohólico" y se sirve de expresiones más precisas pero perifrásticas, como: "un individuo con una esquizofrenia" o "un individuo con una dependencia del alcohol."[80] El estilo de estructura psicológica y el sentido que reviste un síntoma para una persona carecen de pertinencia. El abordaje es denominado por sus promotores neokraepeliniano,[81] pues concibe a las patologías como entidades discretas. Estas entidades no definen enfermedades, sino solamente síndromes. En el plano de la práctica, esto no cambia nada, puesto que los síndromes son empleados de la misma manera que si se tratase de enfermedades.

• 2. El DSM se dice ateórico y descriptivo.[82] Ateórico porque no se posiciona desde el punto de vista de las distintas teorías etiológicas; descriptivo, a la inversa, porque su fin es describir los síntomas del modo más preciso posible.

Por sí misma, la clínica no puede obtener lo que la epidemiología llama una buena fidelidad interjuicio. Para describir cuidadosamente, es necesario poseer criterios que permitan incluir o excluir tal o cual tipo de trastorno. Es por ello que el DSM-III desplaza el centro de gravedad de las categorías de la clínica a la investigación. Dos equipos de investigadores en psiquiatría han desempeñado aquí los papeles más importantes: el de John P. Feighner, del hospital Washington de la Universidad de San-Louis (Missouri) y el de Robert Spitzer (el director principal del DSM-III) del New York State Psiquiatric Institute de la Universidad de Columbia. Los primeros miran en dirección a los criterios de inclusión y de exclusión que permitan saber si una persona tiene o no un trastorno mental x. Para ello, desarrollan protocolos que permiten emprender investigaciones epidemiológicas a gran escala sobre veinticinco categorías diagnósticas. Los segundos elaboran los útiles estadísticos para medir la fiabilidad de los criterios diagnósticos de las investigaciones y los sistematizan. Este sistema se conoce como *Research Diagnostic Criteria* (RDC): fue puesto a punto por el equipo de Spitzer en el cuadro de un proyecto sobre la psicobiología de la depresión a fin de identificar mejor los subtipos eventuales. Los dos equipos prepararon los protocolos de entrevistas, apoyados sobre cierta nueva criteriología que permite reducir las variaciones de la información.[83]

78 L.-N. Robins y D.-A. Regier (editor), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area*, New York, Free Press, 1991. La introducción pone un particular acento sobre estos tres temas.

79 Las introducciones de los dos versiones siguientes no aportan más que matices del punto de vista del razonamiento psiquiátrico.

80 R.-L. Spitzer, "Introduction", *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, tercera versión, traducción francesa, Paris, Masson, 1983, p. 9.

81 Pierre Pichot, que ha coordinado la traducción francesa del DSM-III-R, escribe: "Se trata probablemente de una de las obras psiquiátricas que ha tenido mayor difusión mundial [...] Rápidamente se ha convertido, como ha ocurrido con el *Traité* de Kraepelin a finales del siglo XIX, en una referencia que ningún psiquiatra puede ignorar", *Manual statistique et diagnostique des troubles mentaux*, tercera edición revisada, traducción francesa, Paris, Masson, 1989, p. V.

82 "En razón de la posición a-teórica del DSM-III en cuanto a la etiología, escribe Spitzer, se ha intentado escribir de manera exhaustiva lo que son las manifestaciones de los trastornos mentales, y sólo en raras ocasiones cómo se hacen presentes estas perturbaciones [...] Este abordaje puede calificarse de descriptivo en la medida en que las definiciones de los trastornos mentales consisten generalmente en describir sus características", *ibid.*, p. 10.

83 Los artículos originales de Feighner *et al.* (1972) y de Spitzer *et al.* (1978) son considerados los artículos más citados en la literatura psiquiátrica internacional. El trabajo del equipo de Saint-Louis se ha traducido al francés y su presentación quedó a cargo de F. Plantey y D. Pringuey, bajo el título "Les critères diagnostiques de l'École de Saint-Louis", *L'Encephale*, IV, 1978.

Para distinguir criterios diagnósticos claros y precisos, por lo tanto susceptibles de obtener el consenso tan deseado, es indispensable producir datos fiables.[84] Las encuestas epidemiológicas y las entrevistas estructuradas, en el curso de las cuales el clínico realiza una lista de los síntomas, condicionan la elaboración de poblaciones homogéneas para cada categoría de trastornos mentales.

• 3. A cambio de fuertes contrastes sobre lo clínico, se deja a cada uno la posibilidad de hacer su diagnóstico siguiendo varios ejes –el diagnóstico es multiaxial. El eje I comprende el conjunto de los trastornos mentales que son clasificados en síndromes que una persona es susceptible de *tener*. El eje II retoma los síndromes, pero desde el punto de vista de la personalidad: "El diagnóstico de trastorno de la personalidad no debe ser empleado nada más que cuando las manifestaciones características corresponden típicamente al funcionamiento a largo plazo del sujeto, sin hallarse limitados a episodios patológicos."[85] Esto permite no olvidarlas cuando la atención es atraída "por el trastorno, por lo común más floreciente [*sic*] codificado en el eje I.[86] Dicho de otro modo, un paciente puede tener un trastorno sin que el clínico se vea obligado a preguntarse en qué medida los elementos de su personalidad o su historia son susceptibles de juicio. Se trata entonces de un episodio depresivo –y es el episodio el que debe ser tratado, no el sujeto–. El eje III se reserva a los trastornos psíquicos, el eje IV a la "severidad de los factores de stress psicosocial" (es el que ocupa el lugar de lo reaccional) y el eje V a la adaptación y al funcionamiento general de la persona. "El sistema multiaxial permite una evaluación biopsicosocial",[87] pero a condición de precisar: no por la confrontación de los tres registros, sino por su apilamiento.

El humor trastornado pone en jaque a la depresión neurótica

En el DSM-I, la depresión neurótica "se manifiesta por una reacción excesiva de depresión debida al conflicto interno o a un acontecimiento identificable. Ningún criterio preciso de diagnóstico se impone a los clínicos. La depresión neurótica ha sido sometida a un estudio de fidelidad intrajuicio: el coeficiente de fidelidad es muy malo y, en todo caso, muy inferior al que existe para la esquizofrenia.[88] Para que el clínico diagnostique un trastorno depresivo en DSM-III, deben cumplirse tres exigencias según los criterios de Feighner:

1. la existencia de un humor disfórico, del cual pueden ser síntomas la tristeza, la irritabilidad, la pérdida de motivación, etcétera;
2. la existencia de, al menos, cinco criterios entre los ocho de la categoría (falta de apetito o pérdida de peso, trastornos en el sueño, pérdida de energía o fatiga, agitación o atascamiento, pérdida de interés, sentimientos de autoacusación o culpabilidad, dificultades de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio);
3. estos síntomas deben perdurar durante un mínimo de un mes.[89] El clínico ya no tiene más que listar los síntomas para diagnosticar una depresión. No se interesa por la historia de un sujeto, sino por la sintomatología de un enfermo.

En la medida en que las nociones de endógeno, exógeno y neurótico implican, por un lado, una etiología y, por otro, que se ha probado imposible trazar un límite reconocido unánimemente entre estos diferentes tipos de depresión, se los reemplaza por la noción de "depresión mayor" que es situada en la categoría de los trastornos afectivos,[90] caracterizados por una perturbación del humor. La clase de las neurosis también se elimina del *Manual*. Las polémicas que ha entrañado esta eliminación han llevado a Spitzer a explicarla en la introducción de la tercera versión de la obra: "Freud ha utilizado el término de neurosis a la vez para *describir* (para indicar un síntoma de sufrimiento en el individuo que tiene intacto su sentido de la realidad) y para indicar el *proceso etiológico* (conflicto inconsciente que provoca una angustia [...])."[91] El *Manual* no conserva, en un primer momento, más que el sentido descriptivo bajo la apelación "Trastornos neuróticos". Fue una concesión acordada a los psicoanalistas durante la conferencia de aprobación final del proyecto del DSM-III en 1979, porque su asociación se negaba a aprobarlo. Se aceptó el compromiso. El gran especialista en ansiedad, Donald Klein, uno de los responsables del DSM-III, cuyos trabajos han conducido al desmembramiento de la neurosis de angustia en ataque de pánico y trastorno de ansiedad

84 "El DSM-III y el DSM-III-R reflejan la importancia creciente que se atribuye en nuestro medio a la debilidad de los datos tomados como base para comprender los trastornos mentales", "Introducción", *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, tercera versión revisada, p. XXX.
85 *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, tercera versión, *op. cit.*, p. 329.
86 *Ibid.*, Anexo C, p. 410.
87 R. Spitzer, *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, tercera edición revisada, *op. cit*, p. 329.
88 0,37 para la depresión, 0,50 para la esquizofrenia, en G.L. Klerman *et al.*, "Neurotic depressions: a sistematic analysis of multiple criteria and meanings", *American Journal of Psychiatry*, n° 136, 1979, citado por A. Haynal, "Problèmes cliniques de la dépression", *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984, p. 610, y por P. Pichot, "Actualisation du concept de dépression", *L'Encéphale*, VII, 1981, p. 310. El estudio de Klerman es muy conocido en psiquiatría pues ha sentado las bases de la supresión de la depresión neurótica en el DSM-III. Pichot ha iniciado un estudio semejante para el caso francés: "el concepto de depresión neurótica no tiene niguna homogeneidad", *ibid.* p. 314.
89 Retomo aquí el ejemplo dado por Kirk y Kutchkins, *op. cit.*, p. 52. Véase también F. Plantey y D. Pringuey, art. citado, p. 326. Tanto en el DSM-III como en las dos versiones siguientes, es suficiente que esos síntomas duren dos semanas.
90 No entro en detalles de la casuística psiquiátrica. Los intérpretes señalan que en el DSM-III-R, afectivo es reemplazado por humor, y que en el DSM-IV aparecen nuevas subdivisiones. Una síntesis puede verse en C. B. Pull, "Critères diagnostiques", en J.P. Olié, M. F. Poirier, y H. Lôo, *Traité des maladies dépressives*, Paris, Flammarion, 1995, p. 247, *sq*.
91 R. Spitzer, p. 12. El subrayado es de Spitzer.

generalizada, declara una década más tarde: "La controversia sobre la neurosis fue una capitulación menor en consideración a la nostalgia psicoanalítica."[92]

Las antiguas neurosis son desmembradas y repartidas en la categoría de "trastornos afectivos, ansiosos, somatomorfos, disociativos y psicosexuales".[93] La ansiedad era considerada como el principal síntoma de la neurosis en el DSM-II, en el DSM-III forma parte de los Trastornos ansiosos.[94] En el DSM-IV, el calificativo Trastornos neuróticos se elimina.

El afecto domina el nuevo paisaje clasificatorio, y se encuentra en el centro de la descripción clínica. La mayor parte de los comentaristas del DSM-III, que hacen su elogio o su crítica, concuerdan en decir que los trastornos afectivos o tímicos terminan por ser preponderantes y que el campo de la depresión tiende a hacerse más amplio.[95] La depresión neurótica es el eslabón más débil del conjunto depresivo porque, por un lado, es el más diagnosticado[96] y, por otro, resulta ser el que concentra mayores desacuerdos[97] entre los psiquiatras: la depresión neurótica de DSM-II (1968) se convierte en un trastorno distímico en el III, mientras que la histeria se desmembra en trastornos somatomorfos y trastornos disociativos. "El DSM-III dice adiós no solamente al modelo conflictual del abordaje dinámico, sino también a una tradición más larga, en la cual la ansiedad estaba ligada a la estructura de la personalidad [...] La ansiedad ya no es considerada como la consecuencia de una personalidad, sino como un síntoma en sí mismo."[98] En cuanto a la noción de trastorno de la personalidad, se refiere a la continuidad de los síntomas en el largo plazo.

92 Entrevisra con M. Wilson, artículo citado, p. 407.

93 R. Spitzer, p. 13. Al finalizar el párrafo sobre los trastornos neuróticos, Spitzer precisa: "Del mismo modo, no ha parecido racional agrupar el conjunto de trastornos psicóticos, como se hace en la CIM-9", P. 14.

94 *Ibid.*, Anexo C, p. 410.

95 Así, F. Amiel-Lebigre escribe a propósito de la clasificación de la OMS: "La importancia acordada actualmente a la multiplicación de trastornos tímicos aparece en la evolución de la *Classification internationale des maladies mentales*. Mientras que en la octava revisión (1964) de esta clasificación, a la depresión se le dedican cinco rubros, en la propuesta para la novena revisión, en la que han trabajado los expertos de treinta y cinco países, son diez los rubros afectados principalmente a los estados depresivos", "Épidémiologie des dépressions", en P. Pichot (director), *Les Voies nouvelles de la dépression, op. cit.*, p. 21. La novena revisión se emprende en el mismo momento de la elaboración del DSM-III.

96 P. Pichot: "La depresión neurótica [...] resulta ser el diagnóstico que más a menudo se usa en psiquiatría", "Actualisation du concept de dépression ", artículo citado, p. 310.

97 F. Amiel-Lebigre: "El problema planteado por la evaluación de las depresiones es principalmente el de la depresión neurótica", artículo citado, p. 21. A. Haynal realiza las mismas observaciones, "Problèmes...", artículo citado, p. 610. "La eliminación de la depresión neurótica ha promovido incertidumbres y contradicciones, y ha dado origen [...] a numerosos problemas", escriben sir M. Roth y T.-A. Kerr, "Le concept de dépression neurotique: plaidoyer pour une reintegration", en P. Pichot y W. Rein (dir.), *op. cit.*, p. 207.

98 G. Glass, "A conceptual history of anxiety and dépression", en J.-A. den Boer y J.-M. Sitson (editor), *Handbook of Depression and Anxiety. A Biological Approach*, New York-Bâle-Hong-Kong, Marcel Dekker Inc., 1994, p. 36. Por su parte, Arthur Tatossian lo subraya también: "Este predominio de los trastornos depresivos sobre los trastornos ansiosos es manifiesto en el DSM-III", comunicación citada, p. 289.

En la medida en que por fin se sabe de lo que se habla (los síndromes se describen claramente) el papel del clínico consiste entonces, solamente, en elegir el tratamiento adecuado, ya sea éste quimioterapéutico, cognitivo, comportamentalista o psicoanalítico, en función de sus cotizaciones –el DSM-III-R, por otra parte, ha incorporado un árbol de decisiones para ayudar a los clínicos. Estos síndromes son "entidades discretas", es decir, síntomas correlacionados sistemáticamente. La búsqueda de estructuras subyacentes se abandona, y el vocablo enfermedad se reemplaza por trastorno (*disorder*): no sólo es más lógico que el de "enfermedad" sino que también posee, en otro sentido, la inmensa ventaja de la imprecisión, como lo reconoce explícitamente la psiquiatría.[99] El DSM-III ofrece combinaciones estables de síntomas, cuyo proceso de formación, de tipo neurótico o psicótico, importa poco. Una investigación psiquiátrica que se apoya sobre datos estadísticos, reemplaza a la investigación clínica que, en adelante, carece por completo de utilidad. Aquí, el modelo de la enfermedad es deficitario y se centra en el afecto.

Una frontera rápidamente franqueada entre investigación y clínica

El DSM-III ha suscitado intensas controversias, pues ha representado un cambio en la concepción de las enfermedades mentales. El psiquiatra americano Mitchell Wilson lo resume con toda claridad: la noción de inconsciente ya no tiene ninguna importancia, la dimensión temporal se marginaliza (los síntomas no adquieren sentido en la historia de una persona), la personalidad desempeña un papel completamente secundario. "Más aun, agrega, la insistencia sobre la descripción curativa (*careful description*) alimenta la confusión entre lo fácilmente observable y lo clínicamente pertinente.[100]

Uno de los puntos de la controversia concierne a las relaciones entre las nociones de fidelidad y de validez. La fidelidad, como se ha visto, es una operación que consiste en hacer de suerte que dos clínicos examinen independientemente un mismo paciente realizando el mismo diagnóstico. El DSM se construye, a partir de su tercera versión, para mejorar la fidelidad intrajuicio. En el plano de la investigación epidemiológica, este punto es decisivo: por fin se puede encuestar sobre la base de un acuerdo respecto de las categorías

99 En la introducción de la CIM-10 de la OMS, los autores escriben: "Aunque plantea el problema, el término «trastorno» se utiliza sistemáticamente en la clasificación. El recurso a otros términos, tales como «afección» o «enfermedad» tendría el efecto de promover problemas todavía más importantes. El término «trastorno» no es un término preciso: en la CIM-10 indica simplemente la presencia de un conjunto de síntomas y de comportamientos clínicamente identificables, asociados, en la mayor parte de los casos, a un sentimiento de angustia y a una perturbación del funcionamiento personal", *Classification internationale des troubles mentaux et des désordres du comportement*, traducción coordinada por C.-B. Pull, OMS, Paris, Masson, 1993, p. 4.

100 M. Wilson, artículo citado, p. 408. Kirk y Kutchkins escriben: "El diagnóstico es la primera etapa de un proceso tecnológico de transformación de una persona con una dolencia ambigua en un cliente con un trastorno mental definido", *op. cit.*, p. 222.

estudiadas y hacer comparaciones arribando a resultados pertinentes. Esto es particularmente útil para reparar en los factores de riesgo que son esenciales para la epidemiología.

En el plano clínico, el problema es diferente: la validez concierne a la naturaleza del trastorno, o dicho de otra manera, al valor de la categoría en la cual está incorporado el trastorno. Es correcto hablar aquí de validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un lesión o un proceso patológico que se encuentra en su causa (la fidelidad no implica más que el acuerdo sobre el reconocimiento del síndrome). Ahora bien, sabemos que en materia de trastornos mentales una validez de ese tipo no puede obtenerse de manera consensual.

El hecho de que el razonamiento psiquiátrico del DSM se haya centrado en la fidelidad plantea un problema clínico que ha subrayado claramente un epidemiologista francés en 1978: "No serían necesarios más que trastornos tímicos, que son un parámetro importante de casi toda enfermedad mental, separados en su contenido bajo un criterio descriptivo, y rápidamente yugulados en el plano terapéutico por los antidepresivos, que ocultan al espíritu del practicante o del investigador la enfermedad mental o la estructura patológica subyacente. Así, una gran parte de la estructuras consideradas como depresiones, registradas y tratadas como tales a corto plazo, implican en consecuencia una tendencia a descuidar o negar las enfermedades mentales subyacentes a la sintomatología depresiva."[101] En la misma medida en que este problema carece de importancia para la investigación (la fidelidad es la condición de resultados científicos validables), resulta ser decisivo para la clínica, a riesgo de dejar perdurar la patología concentrándose exclusivamente en el síndrome.[102] André Haynal lo subraya de manera diferente: "Las discusiones de los criterios nos hacen sensibles al hecho de que no sabemos de qué hablamos, por ejemplo cuando hablamos de *enfermedades* depresivas."[103]

En efecto, ¿si no se sabe de qué se habla, qué sentido puede tener el vocablo "tratar"? El DSM es un útil construido por los investigadores, pero cuando es utilizado por los clínicos como técnica de diagnóstico, se corre el riesgo de restringir la medicina al estricto reconocimiento de los síndromes y de no

101 F. Amiel-Lebrige, artículo citado, en P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression, op. cit.*, p. 21.

102 Ésta es una de las principales críticas que Kirk y Kutchkins lanzan contra el DSM-III. Éric Fombonne y Rebecca Führer escriben: "La ausencia actual de criterio de validez de los fenómenos psicopatológicos, de prueba formal de las enfermedades psiquiátricas, no impiden en absoluto medir de una manera fiable fenómenos clínicos bien definidos [...] Finalmente, una confusión tiene lugar a menudo entre, por un lado, la validez y, por otro, la definición de las entidades. Los métodos desarrollados recientemente por la investigación epidemiológica han consistido, sobre todo, en proponer nuevas definiciones de fenómenos clínicos con el propósito de mejorar la fiabilidad de su medida. Estos métodos son criticados en nombre de la validez, lo que es por completo algo distinto", "Épidemiologie et psychiatrie: questions des méthodes", *Sciences sociales et santé*, IV, nº 1, febrero de 1986, p. 111. Véase también Fombonne, "La contribution de l'épidémiologie à la recherche éthiologique en psychiatrie: des facteurs de risques aux mécanismes de risque", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 41, nº 4, 1993.

103 A. Haynal, artículo citado (1984), p. 612. Subrayado por el autor.

pasar de allí. El psiquiatra es suceptible de confundir su posición de investigador (fidelidad) y su posición de clínico (validez). He aquí la plena ambigüedad del DSM: construido para la investigación, también es utilizado por la clínica. "Las necesidades del investigador y del clínico son, sin embargo, muy diferentes. Así, el reduccionismo que privilegia en la etiopatogenia los factores biológicos, *o* los psicológicos, *o* los sociales, es admisible e incluso recomendable en la investigación, mientras que es ruinoso para el tratamiento."[104]

Declinación de las neurosis, ¿fin de una psiquiatría?

El fin de la tripartición endógena, psicógena y exógena se opera así de dos maneras: la acción química sobre la patología ya no necesita indispensablemente escuchar a un sujeto, sino reparar en los síntomas de un paciente; la noción de dato sirve para correlacionar síntomas a fin de reagruparlas en las categorías sindrómicas. La etiología ya no es un modo pertinente de clasificación. Definir el tipo de sujeto que hará tal depresión antes que tal otra carece en absoluto de importancia práctica para actuar sobre el mal. Difícil de utilizar en medicina general, tanto más cuanto que los nuevos problemas aparecen en psicopatología con los debates sobre las patologías narcísicas, nada en la dinámica interna de la psiquiatría favorece una referencia al conflicto para hacerse cargo de la diversidad patológica. El conflicto, aunque quizá satisface el plano intelectual, no ha dado pruebas de su eficacia en el plano terapéutico, y el tipo de neurosis de las cuales es causa es tal vez minoritario en comparación con la importancia de las patologías de vacío. La declinación de nuestra tripartición indica que el sistema psiquiátrico se convierte en algo no hostil, sino indiferente a la consideración de la noción de sujeto.

Si la primera revolución psiquiátrica, la de los tratamientos de shock y luego de medicamentos, ha vuelto posible el uso complementario de un modelo deficitario y de un modelo conflictual, la segunda revolución, la de la nosografía, ha señalado su divorcio. Es el fin del eje Janet-Cerletti-Freud, que permite comprender cómo la patología de un sujeto puede ser curada biológicamente. El período que acabamos de examinar abre, en efecto, una nueva era: comienza a imponerse en psiquiatría la idea de que se puede tratar el desorden del espíritu o del comportamiento por medio de procedimientos únicamente biológicos. La acción química sobre el espíritu patológico no es más que un potencializador de la psicoterapia: las bases del humor o las somatizaciones de todo género son susceptibles de ser tratadas sin que los conflictos intrapsíquicos tengan necesidad de ser clarificados.

En una década, la psiquiatría opera su *aggiornamento*: el afecto, la timia,

104 A. Tatossian, artículo citado, p. 296. Subrayado por el autor.

el humor son los elementos a partir de los cuales se piensa el trastorno mental y se asume una terapia. El crepúsculo de la neurosis encubre el crepúsculo del conflicto. El tipo de separación del interior de sí entre dos términos que se oponen y están en relación pierde gran parte de su interés en el frente médico. Es esta separación que desconoce el modelo deficitario de la enfermedad cuando no está ya sostenido por el modelo conflictual el que actúa en la psicoterapia o en la psiquiatría biológica. Es de aquí de donde salen las polémicas futuras sobre las fronteras de lo normal y de lo patológico. "Aparece aquí puntualizada [...] la existencia de una personalidad sin conflicto", escribe Lucien Israël en una viva crítica a las nuevas clasificaciones.[105]

La alianza entre el déficit y el conflicto permitía a los psicotrópicos ser *únicamente* un medicamento. Su separación lleva a la pregunta: ¿droga o medicamento? "Muy a menudo el deprimido no ha buscado activamente el socorro de la droga; son sus médicos quienes se encargan de hacer de él un intoxicado «pasivo» ¿Es esto verdaderamente indispensable? ¿Es acaso un progreso terapéutico? en la medida en que la personalidad del paciente se vea enmascarada de este modo en lo exterior, y arrebatada en lo interior en la vía que justamente corta la relación afectiva que hace posible un abordaje psicológico."[106] La sustancia actúa directamente sobre los afectos pero, subrayan los psicoanalistas, no permiten al paciente elaborar su propio sistema de defensa –al menos cuando esta acción no se acompaña de un trabajo con el paciente que es, al mismo tiempo, un trabajo del paciente. Se produce un corto circuito consigo mismo, en el sentido de que el sujeto no se sitúa en las condiciones que le permitan por sí mismo poner distancia respecto de sus conflictos.

El divorcio entre el modelo conflictual y el modelo deficitario se ve favorecido por las normas de multiplicación del sí, que suscitan la ilusión de que es posible liberarse de lo incontrolable, y por la inseguridad identitaria, que nos recuerda que esto es sólo una ilusión. El encuentro entre la dinámica de emancipación, que libera al individuo de la disciplina y del conflicto, y las transformaciones internas de la psiquiatría, que proporcionan respuestas prácticas a los problemas creados por esta liberación, señala un cambio de estilo de la desesperación. La declinación de la neurosis en provecho de la depresión representa, seguramente, el final de una psiquiatría, pero indica también la declinación de una experiencia colectiva de la persona que se expresa a la vez por la sujeción disciplinaria y por el conflicto. Hay aquí, entonces, un cambio en la subjetividad de los modernos.

105 L. Israël, "Fin des hystéries, fin d'une psychiatrie?", 1986, reimpreso en *Boiter n'est pas pécher*, Paris, Denoël, 1989, p. 208.

106 J. Bergeret, comunicación citada, p. 919. "Ved, por ejemplo, el éxito actual de los psicotrópicos a los cuales nos remitimos para procurar la cura de nuestros humores desarreglados y que nos producen nuevos humores ¿Y –en una droga o en otra- la toxicomanía? Destructiva a término, con toda seguridad; pero siendo así desde un principio, finalmente ¿es loco por eso desear un cambio de estado, una transformación inmediata del «medio interior»?", "Presentación", *Nouvelle Revue de psychanalyse, op. cit.*, p. 7.

"En las circunstancias actuales, escribe un psiquiatra en 1973 con cierto sentido premonitorio, temo que, si el concepto «depresión» termina por ser explotado con demasiado entusiasmo, podría poner en peligro el papel terapéutico que los agentes timoanalíticos han desempeñado con éxito hasta el presente. En otros términos, que al suscitarse dudas sobre la validez diagnóstica de la «depresión», esto podría desalentar el uso de los antidepresivos en sus indicaciones específicas. Según creo, agrega, deberíamos prepararnos para no acordar una atención excesiva al humor de los pacientes. Esto podría conducirnos a formas de extremismo y de superficialidad comparables a las que prestamos en nuestros días a las más pequeña indisposición que resulte de la menor fluctuación en la presión sanguínea."[107] En efecto, esta explotación termina por suscitar una sospecha: ¿acaso las medicaciones no alteran la personalidad en lugar de tratar las patologías? Las nuevas maneras de liberarnos de la depresión o de aligerarla llevan a temer que hagamos de nuestra propia psiquis, como escribe Pierre Legendre, "un montaje ajustable".[108] Si todo es posible ¿está todo permitido? Como estamos en Francia, las transformaciones internacionales del trastorno mental serán consideradas desde nuestra buena tradición de la metafísica del Sujeto. Se llegará incluso hasta temer por su desaparición ¿Acaso no asistimos cada vez más a su progresiva mudez?

107 H. Demel, artículo citado, en Kielholz (editor), pp. 248-249.

108 P. Legendre, *L'Inestimable object de la transmission*, Paris, Fayard, 1985, p. 362.

Tercera parte

EL INDIVIDUO INSUFICIENTE

La psicología del automatismo es más fácil de hacer que la de la autonomía.

Georges CANGUILHEM,
La Formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècles, 1955.

La depresión no es un estado subjetivo, es un estilo de acción.

Daniel WILDLÖCHER,
"L'échele de ralentissement dépressif: fondements théoriques et premières aplications", 1981.

LA ACCIÓN PATOLÓGICA, SEGUNDO CAMBIO EN LA CONFIGURACIÓN DEL SUJETO

El sistema de normas que definían el sujeto de la primera mitad del siglo XX conoce una primera inflexión. Convertirse en semejante a sí mismo singulariza "el espíritu general de la nueva normalidad. En el nivel patológico, la clínica, sobre todo la analítica, desplaza su atención de un territorio donde predominan el conflicto, la conflictividad y la angustia, a otro espacio, en el que la insuficiencia, el vacío, la compulsión o la impulsión diseñan los rasgos del hombre patológico. En la nueva normatividad y la nueva psicopatología, se trata menos de identificación (la de las imágenes parentales bien diseñadas o la de los roles sociales claramente definidos) que de identidad. La identidad es el primer vector de la redefinición de persona en nuestros días. En el curso de los años de la década de 1980, la afirmación de sí mismo ha entrado en las costumbres hasta tal punto que el ama de casa de menos de cincuenta años no vacila un momento, desde la televisión, en poner a nuestra consideración los menores detalles de su vida privada.

Esta década innova también en un segundo plano. No se trata solamente de convertirse en uno mismo, de partir beatamente a la búsqueda de su "autenticidad", todavía hace falta actuar por sí mismo, apoyarse sobre sus propios resortes internos.[1] El segundo vector de la individualidad de fin de siglo es el de la acción individual.

A los evangelios de la expansión personal se agregan los cuadros de la iniciativa individual. La cuestión de la *identidad* y la de la *acción* se anudan de la siguiente manera: aspecto normativo, la iniciativa individual se agrega a la liberación psíquica; aspecto patológico, la dificultad de iniciar la acción se asocia a la inseguridad identitaria. El retroceso de la regulación por la disciplina conduce a convertir al agente individual en el responsable de su

1 La afirmación de sí mismo es, de todas maneras, un trabajo: tiene sus exigencias, requiere de competencias particulares, aunque éstas sean distintas de las que hacen al cuerpo dócil a las disciplinas.

acción. Paralelamente, el pensamiento psiquiátrico considera cada vez más que el trastorno fundamental de la depresión es psicomotor: la acción atascada determina el humor trastornado. Cometer una falta ante la norma consiste ahora menos en ser desobediente que en ser incapaz de actuar. Existe aquí otra concepción de la individualidad.

El capítulo VI desarrolla la hipótesis de que la depresión se caracteriza cada vez más por dos rasgos principales intrincados uno dentro del otro. En principio, la noción misma de síndrome depresivo explota. A continuación, la perspectiva psiquiátrica se centra sobre la acción patológica: la inhibición y el "atascamiento psicomotor" dominan sobre el dolor moral y la tristeza. En el mismo momento, la industria farmacéutica lanza al mercado una nueva generación de moléculas con promesas inéditas de curación. Esta inflexión del abordaje psiquiátrico de la depresión se produce en un contexto en el cual las exigencias de acción que pesan sobre cada individuo se acrecientan. Estas exigencias engendran demandas de sostén medicamentoso. La literatura psiquiátrica se hace eco de ello, los medios se inquietan, los poderes públicos constituyen comisiones o llevan adelante informes que, por otra parte, carecen de consecuencias sobre la acción pública.

El último capítulo muestra de qué manera la depresión se convierte en ese mismo momento en una patología identitaria crónica. La razón consiste en una caída del territorio neurótico, con sus trastornos de la personalidad de largo plazo, dentro del continente depresivo. Entre el trastorno del humor que se tiene (en el curso de un episodio depresivo) y la personalidad trastornada que se es, la distinción pierde ahora su antigua productividad. La cronicidad engendra una crisis de la idea de curación. Se desprende de allí una figura de alcance general: el capaz incapacitado. En esto, veo menos una prueba suplementaria de la demasiado famosa crisis del sujeto, que un desplazamiento de la experiencia de la subjetividad, una reorganización de las relaciones entre lo privado y lo público, donde tiene lugar lo íntimo contemporáneo. Las respuestas aportadas a la crisis de la curación sugieren que ya no se trata, en nuestros días, tanto de curar algo como de ser *acompañado* y *modificado* más o menos constantemente, al mismo tiempo por la farmacología, la terapéutica y la socio-política.

Capítulo VI

LA PARÁLISIS DEPRESIVA

El acento tradicional dirigido sobre el dolor moral se descentra hacia la acción patológica: los desarreglos del humor serían menos característicos de la depresión que los desarreglos de la acción. Estos últimos constituyen el blanco privilegiado de las moléculas: al conducir al individuo hacia la acción, mejoran su humor. La inseguridad identitaria, según hemos visto, la acción desarreglada, según veremos, son las dos fases del estado depresivo a finales del siglo xx. La depresión encarna entonces no solamente la pasión de ser uno mismo, sino también la exigencia de iniciativa y la dificultad para asegurársela. ¿Cómo iniciar la acción de una vez por todas? Cada uno apuesta a actuar por sí mismo al movilizar sus afectos, en lugar de aplicar las reglas exteriores. Esta normatividad implica otra interioridad, otro cuerpo distinto del que se exige para la disciplina.

De los desarreglos del humor a los desarreglos de la acción

La tradición psiquiátrica había dividido globalmente los estados depresivos en dos grandes grupos: el dolor moral, o dicho de otro modo, un sufrimiento específicamente psíquico, y un atascamiento general de la persona que se manifiesta por la inhibición, la astenia, una dificultad general de los movimientos del cuerpo y del pensamiento. Este segundo bloque concierne a los aspectos más corporales de la depresión y, más específicamente, a lo que hay de animal en el hombre, a saber la motricidad. En efecto, cuando los estudios animales hablan de depresión, ponen de relieve los comportamientos demorados o agitados –no se puede saber si una rata está triste, pero en cambio se puede observar su comportamiento bajo el efecto de una serie de stress. Es *el movimiento* lo que está implicado. La depresión es la ausencia de movimientos en su aspecto mental.

Si bien en la psiquiatría existía desde hacía mucho un debate para saber cuál de estos dos grandes grupos era más característico de la depresión, el atascamiento se consideraba, en principio, como una consecuencia del dolor moral. Asociado a la ausencia de delirio de culpabilidad, este rasgo permitía distinguir de la melancolía todas las formas de la depresión. La melancolía es un trastorno del impulso vital, la depresión un trastorno del humor que colorea de gris todos los sentimientos y, por esta misma razón, afecta al movimiento. Ahora bien, ya se ha visto que se opera un descentramiento de la pasión triste hacia la ansiedad y la inhibición a partir de la segunda mitad de la década de 1970. Así, ya no deben ser consideradas como depresiones, se explica a los generalistas, esos "estados bastante frecuentes, marcados por la tristeza más que por un humor realmente depresivo y en el que faltan los signos somáticos".[1] El atascamiento psicomotor y las perturbaciones del sueño conforman el grueso del cuadro clínico. La falta de iniciativa es el trastorno fundamental del deprimido. El dolor moral se ve corroído por el tema del embotamiento afectivo: esta suerte de indiferencia es al humor lo que la apatía es a la acción.

Un nuevo punto de vista psiquiátrico comienza a imponerse, sobre todo en Francia y en parte de los países europeos. Es el punto de vista llamado "transnosográfico". El concepto clave de su análisis ya no es el síndrome, relegado a las mazmorras porque revela una nosografía inadecuada de los trastornos mentales, sino la *dimensión*. Surgen dos dimensiones principales: la inhibición y la impulsividad. Ahora bien, la primera es la inversa de la segunda y viceversa. Constituyen las dos fases de la patología de la acción: en la inhibición, la acción está ausente; en la impulsividad, está fuera de control. El territorio de la apatía, del cual, en general, la impulsión es la máscara, recobra de aquí en más el de la depresión.

La dimensión o el estallido de la depresión

El lugar de la fatiga en la depresión se discute desde hace mucho: ¿se trata de un síntoma secundario o principal en el trastorno tímico? ¿Proviene del pesimismo, del desinterés y de la ausencia de motivación del deprimido? ¿Precede al acceso depresivo propiamente dicho, es decir, a la aparición del trastorno del humor? En la Salpêtrière, Daniel Widlöcher, con su equipo, pone a punto una escala de "atascamiento psicomotor"[2] a finales de los años 1970. Los análisis estadísticos efectuados por este equipo sobre pacientes tratados con antidepresivos ponen de manifiesto que existen lazos estrechos entre la

1 R. Jouvent y J. Pellet, "Les dépresssions résistantes et leurs traitements", *La Revue du praticien*, tomo XXXV, nº 27, 11 de mayo de 1985, p. 1647.

2 D. Widlöcher, "L'évaluation de ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs: fondements théoriques et premiers resultats", *Psychologie médicale, ibid*... "Por cierto, escribe el Prof. Darcourt, lo clásico era considerar al atascamiento psicomotor como uno de los síntomas de la depresión, pero con anterioridad a estas investigaciones no se le atribuía un lugar de importancia", "Place du ralentissement parmi les autres symptômes dépressifs", *Psychologie médicale, ibid*., p. 61.

astenia y el atascamiento: "El síntoma fatiga es correlato principal del conjunto de rasgos que reconocemos bajo el término general de atascamiento psicomotor."[3] Esta fatiga tiene dos aspectos: producto de cavilaciones y obsesiones, revela una psicastenia en términos de Janet y se manifiesta por "la incapacidad de la acción". Es también la forma en la cual la persona siente el atascamiento, su "expresión subjetiva".[4] A los tumbos, la inhibición comienza a desplazarse hacia el centro de la depresión.

El atascamiento es la consecuencia de un atascamiento de tipo psicomotor. Es por eso que la depresión es, según Daniel Widlöcher, "un estilo de acción". Es, como la angustia, una respuesta comportamental global. Widlöcher desarrolla esta tesis en un libro publicado en 1983: la angustia y la depresión son "dos respuestas elementales que funcionan secundariamente como señales de cara al entorno y al propio Yo. La angustia realiza claramente un comportamiento mental de lucha de cara a las tensiones interiores y a los peligros exteriores; la réplica depresiva constituye, a la inversa, una actitud protectora de retracción que permite sobrevivir al sujeto cuando éste ya no dispone de la facultad de luchar".[5] La angustia es un motor de la lucha, y la depresión su abandono. Hay en la depresión, esta psicología de la inferioridad, una vulnerabilidad mucho menos conocida en el caso de la angustia.

Widlöcher apoya su análisis sobre la acción de los antidepresivos clásicos: "Se sabe que los antidepresivos son particularmente eficaces en las formas en que la fatiga no se acompaña de dolores morales, mientras que carecen de efecto sobre la tristeza si la misma no está acompañada de cierta inhibición. No se trata de «euforizantes» ni de «analgésicos», sino de desinhibidores."[6] *Desinhibidores,* he aquí la palabra clave. Los antidepresivos tratan las disfunciones del *movimiento* en sus aspectos mentales. Restauran los poderes de la acción y, de paso, mejoran el humor cuando éste está desarreglado. Por su parte, los clínicos constatan cada vez más que los antidepresivos actúan sobre estados mórbidos diferentes de la depresión y en los cuales no se encuentra ni ansiedad ni dolor moral.

Por cierto, se había notado desde hacía mucho tiempo que los antidepresivos podían ser utilizados ventajosamente fuera de la depresión.[7] Indepen-

3 D. Widlöcher, "Fatigue et dépression", *L'Encephale*, vol. II, nº 4, 1981, p. 349. Este volumen, publica las actas del coloquio "Confrontación multidisciplinaria europea sobre la depresión", que tuvo lugar en Montecarlo en diciembre de 1980.

4 *Ibid.*, p. 349 y 350. Widlöcher ve aquí "un síndrome común a todas las formas clínicas de depresión"; ese síndrome es "una respuesta en la medida en que es, desde el punto de vista clínico, lo que se manifiesta más a menudo en los acontecimientos psicológicos y constituye la base de una emoción normal fundamental en el ser humano". "Esta teoría, agrega, se opone a la pluralidad de las enfermedades depresivas, a la teoría del trastorno del humor [que es la que sostiene Sainte Anne]", "L'échelle de ralentissement dépressif: fondaments théoriques et premiers résultats", artículo citado, p. 53.

5 D. Widlöcher, *Les Lógiques de la dépression, op. cit.*, p. 235.

6 D. Widlöcher, *ibid.*, p. 255.

7 Véase L. Colonna, H. Lôo, É. Zarifian, "Chimiothérapie des dépressions", *La Revue du praticien*, vol. XXII, nº 32, 11 de diciembre de 1972, *dossier* sobre "Medications psychotropes", p. 4437.

dientemente de toda patología depresiva asociada, son indicados actualmente para los trastornos pánicos, las fobias, el stress postraumático, los disturbios de impulsividad, la ansiedad generalizada,[8] los trastornos alimentarios, las dependencias del alcohol, del tabaco o de la heroína, el autismo, el síndrome de Gilles de la Tourette, etc.[9] Del mismo modo, actuarían sobre las cefaleas, las migrañas, los dolores neurológicos o cancerosos.[10] Los imipramínicos tienen eficacia sobre la enuresis, la acinesis del mal de Parkinson, etc.[11] Desde comienzos de los años 1980, un trastorno que hasta el momento se consideraba raro se convirtió en tema de numerosos trabajos: "Los trastornos obsesivos compulsivos, que las nomenclaturas modernas consignan en el capítulo de las patologías ansiosas, tienen [...] mucho que ver con la depresión."[12] Han reemplazado a la antigua neurosis obsesiva[13] y son muy sensibles a los ISRS, comprendidos los que no están acompañados de depresión.

De allí el interrogante sobre la misma denominación de antidepresivos, que los psiquiatras y los farmacólogos no pueden definir de modo más exacto. "La utilización de los antidepresivos, anota un farmacólogo, desborda ahora ampliamente el tratamiento de la depresión, y plantea en consecuencia el problema de saber qué es realmente un antidepresivo."[14] La diversidad de afecciones más o menos bien definidas para las cuales estas moléculas tienen eficacia es tal que la noción de depresión hacer estallar los diques de lo sindrómico ¿Acaso no fueron creados con destino a ser empleados en la depresión? ¿No es ésta una patología imposible de definir, una enfermedad engañosa, un concepto "mal explicado, pero en el cual toda la organización del

8 Véase, por ejemplo, "Les nouveaux antidépresseurs", *La Revue du praticien*, nº 268, tomo 8, 26 de septiembre de 1994, o M. Bourin, "Quel avenir pour les antideprésseurs?", *La Lettre du pharmacologue*, vol. 8, nº 4, abril de 1994.

9 Véase G.-R. Cloninger, "Indoleamines. The role of the serotonin in clinical disorders", en Bloom y Kupfer (editores), "FDA panel back SB's anti-dépressant paxil", *Financial Times, Pharmaceutical Business News*, 9 de octubre de 1992, cuadro, p. 479.

10 P. Lemoine, "Bien prescrire les psychotropes, les antidépresseurs", *Le Concours médical*, 18 de mayo de 1991, p. 1413.

11 D. Ginestet, F. Chauchot, D. Olive, "Existe-t-il des classifications pratiques des psychotropes?", *La Gazzette médicale*, 99, nº 21, 1992, p. 38.

12 H. Lôo, "Prefacio" a "La dépression: de la biologie à la pathologie", *L'Encéphale*, XX, diciembre de 1994, p. 619.

13 Véase J. Rapoport, una de las referencias mundiales de esta patología, *Le Garçon qui n'arrêtait pas de se laver*, Paris, Odile Jacob, 1991, reedición en la colección "Opus", 1998 (edición americana, 1989). La literatura psiquiátrica sobre los TOC es enorme. Para citar sólo un ejemplo francés, véase el número especial de *L'Encephale* consagrado a ese tema: "Les troubles obsessionels-compulsifs et leurs traitementes", XVI, sp. I, julio-agosto 1990. Esta categoría se promovió a partir del lanzamiento de la clomipramina por Geigy en 1964. Véase Georges Beaumont en Healy, *op. cit.*, p. 311 y D. Healy, "The history of British pychopharmacology", en H. Freeman y G. E. Berrios (ed.), *150 years of British Psychiatry*, vol II, *The Aftermalth*, p. 74. Los TOC aparecen incluidos en el DSM-III.

14 M. Bourin, "Quel avenir pour les antidépresseurs?", artículo citado, p. 102. Véase también S. Champoux, "Antidépresseur: un terme trompeur", *Quotidien du médecin*, 12 de junio de 1989, p. 28; C. Spadone, "Le big bang de la chimiothérapie psychotrope", *Abstract neuro & psy*, nº 100, 15-31 de mayo de mayo de 1993; o F. Peyré, "Les antidépresseurs en dehors de la dépression", *La Revue du praticien*, vol. 44, nº 17, 1994, p. 2300.

individuo parece implicada",[15] en suma, una respuesta comportamental global? La enfermedad de la cual pueden salir todas las enfermedades es "un buen «terreno» para las otras enfermedades psiquiátricas".[16]

La crítica de la concepción sindrómica de los DSM tiene influencia en Francia. Renueva la tradición de la disección farmacológica, pues el medicamento es un analizador de los comportamientos. Es por ello que es necesario clasificar a los psicotrópicos y no a las enfermedades o a los síndromes. El medicamento debe prescribirse por su efecto sobre una dimensión clínica, y no en función de una nosografía. Una dimensión es un rasgo, como se habla de un rasgo de carácter inhibido o impulsivo. Poco importa que se haya tratado de un estado depresivo, ansioso, etc., pues este rasgo se encuentra en una multiplicidad de síndromes: es sobre él que es necesario actuar.

Este análisis se ha elaborado sobre bases psiquiátricas. Un abordaje similar se desarrolla a partir de la bioquímica. Ésta se apoya sobre el éxito de la hipótesis monoaminérgica y sobre los resultados prácticos que los trabajos sobre la serotonina han permitido con los ISRS. Una obra consagrada a la serotonina, publicada en 1991 en los Estados Unidos, reseña su papel en los numerosos síntomas psiquiátricos y procede a su análisis.[17] La insuficiencia o el exceso de serotonina no significa que ésta sea la causa de estos múltiples trastornos, ni que los otros neurotransmisores no estén involucrados. La serotonina es considerada como el vector neuroquímico del equilibrio de la persona.[18] Ahora bien, las disfunciones del equilibrio forman una asociación de dimensiones opuestas: la inhibición y la impulsividad. La hipótesis dimensional lleva a volver sobre la noción de reacción, como lo subrayan tanto van Praag como Widlöcher,[19] noción que predomina en el pensamiento psiquiátrico americano antes de que esta disciplina se convirtiese en psiquiatría biológica.

El éxito de este abordaje, sin duda, también resulta de su adecuación a las prácticas de los generalistas: éstos tienen la tendencia a hacer diagnósticos de tipo dimensional.[20] Por otra parte, en mayor medida que los especialistas, los

15 R. Decombe, D. Bentué-Ferrer, H. Allain, "Le point sur la neurotransmission dans les dépressions", *Neuro-psy*, vol. 6, nº 11, diciembre de 1991, p. 574.

16 S. Stora y S. Perretti, "A déprimes divers, antidépresseurs différents", *Actualité, Innovations-Médecine*, suplemento del nº 35, 1996, p. 18.

17 S.-L. Brown y H. M.van Praag (editor), *The Role of Serotonin in Psychiatric Disorders*, Clinical and Experimental Psychiatry Monograph nº 4, New York, Brunner/Mazel, 1991. Véanse sobre todo la introducción, así como el artículo de Brown, Bleich y van Praag, "The monoamine hypothesis of depression: the case of serotonin", en el mismo volumen.

18 Es "el neuromediador del equilibrio", M. Briley, "Les récepteurs 5-HT, une famille nombreuse", *Le Journal international de médecine, op. cit.*, p. 6.

19 Véase Herman van Praag, en D. Healy, *op. cit.*, p. 370-372.

20 Cf. cap. V. Como lo subraya Arthur Tatossian: "La estructura misma de la práctica generalista y el carácter a menudo menor de la patología psíquica de su clientela parece que deberían corresponder mejor a un modelo dimensional", artículo citado, así como D. Cremniter, "Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine. Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions", *La Revue du praticien*, nº 325, 22 de enero de 1996, *dossier* sobre "Las depresiones vistas por los médicos generalistas".

clínicos generales acuerdan más importancia al corto plazo que al largo, así como al bienestar del paciente.

Inhibición e impulsividad: las dos caras de la acción patológica

Si se trata a un paciente "hiposerotoninérgico", la dimensión de la impulsividad domina, con sus violencias repentinas, sus ideas suicidas, sus explosivas reacciones, sus bulimias y sus comportamientos adictivos (tanto alcoholismo como juego patológico).[21] Si se trata con un "hiperserotoninérgico", la inhibición es masiva. La impulsividad es la incapacidad de controlar la acción, la inhibición es la acción impedida. Éste es "el concepto cardinal de la depresión".[22]

El primer coloquio francés sobre el tema tiene lugar en 1978. Los oradores subrayan, con notable unanimidad, que la inhibición es tan frecuente como poco específica. "El concepto de inhibición no puede aplicarse más que a una cosa que es el orden de la iniciativa personal [...] La inhibición retiene el acto, la expresión, el comportamiento."[23] Retención, fijación, freno, suspensión de la actividad, etc., es el lenguaje de la apatía, También la impulsividad se revela en él, pues no es la forma contraria de la inhibición, sino la máscara detrás de la cual se disimula la apatía,[24] una reacción secundaria. Polimorfa, ésta posee una función: protegerse de la angustia[25] –de allí el temor tradicional al suicidio respecto de los antidepresivos que levantan la inhibición antes de mejorar el humor. Ahora bien, este temor retrocede, como se ha visto, con los antidepresivos lanzados al mercado a partir de 1975. Este dato contribuye, sin duda, a aumentar el lugar de la inhibición y a restringir el del dolor moral.

Los tres dominios interdependientes de la reflexión clínica, de los trabajos biológicos sobre las monomanías y de la investigación farmacológica practicada en las empresas farmacéuticas llevan a todos a poner estos dos conceptos por sobre los demás. Indecisión, retardo, elusión, bloqueo psíquico, emocional o cognitivo, por un lado; incapacidad para esperar, para aceptar las constricciones, tomas de riesgo, inestabilidad, irritabilidad, por el otro. Exceso y falta de control de sí son los trastornos de la voluntad.[26] La eficacia misma del sujeto [...] se encuentra más o menos constreñida."[27] Su transnosografismo[28] revelaría "la estabilidad de ciertos perfiles comportamentales a todo lo largo de la vida", o dicho de otro modo, lo que clásicamente se llamaría *un carácter*. Parece que hay aquí lazos estrechos entre las dimensiones y el *temperamento*. Se puede entonces "reconocer una vulnerabilidad hereditaria".[29] ¿No se vuelven a encontrar aquí, sobre una vertiente psiquiátrica, las patologías narcísicas, las neurosis de carácter, cuya importancia había descubierto súbitamente la psicopatología analítica francesa?

La noción de inhibición plantea una doble ventaja que la hace muy operatoria: se encuentra en una multitud de síndromes, es muy general, y los antidepresivos tienen el común atributo de actuar eficazmente sobre ella. Se comprende entonces que se haya convertido en un concepto inflacionista.[30] La inhibición sería la afección mayor entre más de un tercio de las personas que realizan consultas en la medicina general a lo largo de la década de 1990: la fatiga y el insomnio, el sentimiento de bloqueo, los problemas de memoria y de concentración diseñan el paisaje mental del inhibido.[31] Ahora bien, la epidemiología nos ha enseñado que los médicos generalistas están más atentos a las bajas (inhibición, fatiga, dolor moral, etc.) que a las alzas (hipomanías, etc.). Cada vez más la ansiedad, el insomnio y la fatiga son las afecciones experimentadas más frecuentemente y cada una, aunque de manera diferente, se asocia a la inhibición. Es coherente, entonces, hacer de ella una dimensión común. Esta construcción tiene también la gran ventaja de superar un problema difícil para los clínicos generalistas: la diferencia entre una neurosis asténica y un estado depresivo.[32] Ya no es necesario diferenciar neurosis y depresión. He aquí un problema práctico finalmente resuelto.

21 "A pesar de la diversidad de su expresión, estas patologías presentan un síntoma común: todos los pacientes tienen dificultades para dominar su impulsividad", M.-H. Thiébot y M. Hamon, artículo citado, p. 83. Véase también P. Benkimoun, "Sérotonine et agressivité", *Impact médecin hebdo*, nº 301, 24 de noviembre de 1995, p. 34.

22 H. Dufour, "Les inhibitions dépressifs", en "Le concept d'inhibition en psychiatrie", *L'Encephale*, nº 5, suplemento, 1978, p. 435.

23 Y. Pélicier, "Introducción" a la parte semiológica del coloquio, *ibid.*, p. 403 Para un abordaje similar, treinta años más tarde véase, por ejemplo, "L'inhibition, un concept fondamental", entrevista con Daniel Sechter, en *Le Journal international de médecine*, *op. cit.*, p. 12.

24 "La agitación no se opone al atascamiento, sino que es un rasgo que lo enmascara", D. Widlöcher, "L'échelle de rallentissement dépressif: fondements théoriques et premiers résultats", artículo citado, p. 55.

25 "No es de ninguna manera posible evocar cualquiera de los dos términos, angustia o inhibición, sin hacer referencia al otro", escribe L. Colonna, "Les inhibitors anxieuses", *L'Encephale*, nº 5, suplemento, 1978, *op. cit.*, p. 439. "Si la inhibición psicomotriz se supera, la ansiedad aumenta, la inhibición pasa a ser descripta entonces como una defensa contra la ansiedad", escribe J. Guyotat. "Inhibitions et antidépresseurs", en *ibid.*, p. 533.

26 A. Braconnier y F. Morel, "Psychopathologie de l'impulsivité", *Psynergie*, 4º trimestre de 1995, p. 2.

27 *Ibid.*, p. 14.

28 D. Ginestet, F. Chachot y D. Olive, artículo citado, p. 40. Un investigador del INSERM, Michel Hamon, declara a *Science et Avenir*: "En el hombre, tasas anormalmente bajas de serotonina se asocian por lo general a comportamientos impulsivos, agresivos, incluso violentos", "Serotonine, l'inhibition", septiembre de 1995, p. 31.

29 A. Braconnier y F. Morel, artículo citado, p. 5.

30 A. Martin habla "de una fuerte tendencia inflacionista que se está desarrollando en el campo de la descripción psicopatológica", "L'inhibition en psychopathologie. Historique de l'approche clinique", *Nervure*, fuera de serie "Psychasthénie et inhibition", enero de 1996, p. 25.

31 Encuesta multicéntrica sobre 813 generalistas que habían evaluado 15.706 pacientes. Véase *Le Quotidien du médecin*, 13 de octubre de 1997, y *L'Information psychiatrique*, noviembre de 1998, pp. 972-973 (en la parte "Informaciones de los laboratorios", la encuesta había sido financiada por una empresa fabricante de antidepresivos).

32 M. Bourin y C. Cerlebaud, "La dépression et les antidépresseurs en médecine général", *Le Concours médical*, 8 de julio de 1989, p. 2301. Los autores analizan los resultados de una encuesta por cuestionario enviada a todos los generalistas del departamento de Loire-Atlantique (690 médicos).

Los antidepresivos son los reguladores de la acción. Modifican los estados mentales repartiendo del modo más óptimo los flujos energéticos en alta y en baja. Solamente resulta difícil establecer la distinción entre antineurótico y desinhibidor, porque la inhibición es también una de las características de las neurosis:[33] el sujeto se protege de la angustia, resultante del conflicto intrapsíquico, por medio de la inhibición. Esto lleva a los neuróticos a prácticas de desinhibición realizadas por medio de las drogas y, sobre todo, del alcohol.[34] La dependencia es el riesgo de esta automedicación.

En el registro neurótico, "la inhibición, escribía Guyotat, aparece como un mecanismo de defensa contra el brote pulsional".[35] Pero si uno se centra únicamente en la inhibición, la patología se encuentra en la perspectiva janetiana de la dificultad de actuar: el déficit es la causa de esa dificultad. La inhibición es, muy claramente, uno de los resortes del ingreso de la neurosis en el campo de la depresión.

Astenia: los nervios,
el espíritu y la histeria

La boga de la inhibición en psiquiatría marca simultáneamente el retorno de la neurastenia y de la psicastenia. Pero los viejos lenguajes de los nervios (Beard) o de las ideas obsesivas, se ven sustituidos por el de la transmisión neuroquímica.

"La neurastenia, escribe Pierre Pichot en 1994, se oculta ahora bajo la máscara de la depresión." El sentimiento de fatiga ¿no está acaso ampliamente extendido en la medicina general?[36] Aparece bajo otro nombre en los DSM,[37] pero se incluye en la sección de enfermedades mentales clasificadas por la OMS que, además, precisa que este diagnóstico ya no se realiza y que ha sido reemplazado por el de trastorno depresivo o ansioso.[38] Los cuadros dominados

33 "En los trabajos recientes se desarrolla una tendencia a recentrar el concepto de inhibición sobre la noción de inhibición neurótica, o más exactamente ansiosa", escribe A. Martin, artículo citado (1996).

34 J. Tignol y M. Bourgeois, "La désinhibition et ses risques", Colloque sur l'inhibition, *L'Encephale, op. cit.*, p. 460.

35 J. Guyotat, "Inhibitions et antidépresseurs", p. 537.

36 La sustitución de la culpabilidad por la astenia, sobre todo en medicina general, se subraya como un elemento permanente. Entre los deprimidos consultados en medicina general, "los signos de dolor moral y de culpabilidad eran poco frecuentes", D. Cremniter, "Aspects épidémiologiques de la dépression...", artículo citado, p. 27. Los "sentimientos de culpabilidad raramente se manifiestan [...] La astenia puede ser extrema", Christian Mockers, "Anxiété et dépressions souvent associées", *Panorama*, nº 3426, 18 de julio de 1991. Véase también "Les états anxiodépressifs: deux personnes sur dix sont concernées", *Gazette médicale*, nº 24, 1991.

37 Se designa con el término distimia –volveré sobre esta noción en el capítulo VII. Prosigue Pichot precisando: "Los índices de DSM-III y de DSM-III-R mencionan el término Neurastenia: Véase «Distimia»", "La neurasthénie, hier et aujord'hui", *L'Encephale*, sp. "Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie, dysthymies", XX, 1994, p. 545.

38 Una investigación de 1990 da cuenta de que este síndrome "está próximo a lo que hace tiempo se llamaba «neurastenia»", Y. Lecrubier y G. Jourdain, p. 656. "La noción de depresión

por el agotamiento psíquico y mental son de lo más corrientes.[39] Tal es el caso del síndrome de fatiga crónica (SFC).[40]

Pero a los que invocan las astenias les responden los que convocan la histeria. Como siempre, la enfermedad inaprensible aparece bajo sus múltiples formas (en las depresiones, las patologías alimentarias o las personalidades múltiples),[41] pero es una histeria sobre todo fatigada e inhibida, que profiere demandas medicamentosas que la conducen a apetitos activos. Su depresión está dominada por la astenia o por dolores corporales varios. Se descubre detrás de ciertas histerias una estructura toxicómana, "el dolor es el pretexto para una demanda de barbitúricos, de ansiolíticos, de estimulantes anfetamínicos".[42] Estas personalidades tienen necesidad de tónicos contra la fatiga, de antálgicos contra los dolores de cabeza o de ansiolíticos contra la angustia, etc. Se los encuentra más a menudo entre los generalistas que entre los psicoanalistas.[43] La histeria ya no se manifiesta por las espectaculares parálisis de mujeres criadas en una cultura del pecado y del deber. En lugar de una forma de delirio corporal, una fatiga penetrante, en lugar de una parálisis corporal, un cuerpo agotado de modo espectacular, reconocible en el lenguaje depresivo. Fatiga, ansiedad e insomnio se expresan, quizá, tanto más en los consultorios médicos cuanto que son los temas más tratados por las revistas de actualidad.[44] "El deseo de rivalidad, de lucha y de temor de afrontarnos se nos aparece como uno de los conflictos esenciales del sujeto fatigado", escriben dos psiquiatras-psicoanalistas.[45] El conflicto psíquico no

crónica [...] corresponde a lo que antes se llamaba neuratenia o depresión neurótica", D. Widlöcher, artículo citado (*La Revue du praticien*, 1985), p. 1614.

39 P. Pichot, "La neurathénie...", artículo citado, p. 548. Véase también, en la misma edición, Y. Lecrubier y E. Weiller, "La neurasthénie et la thymasthénie", en que la timia reemplaza a los nervios.

40 S. Wessely, "Le syndrome de fatigue chronique", *L'Encéphale*, XX, 1994, *op. cit.*, p. 581. Véase también, en la misma edición, L. Crocq, "Les recherches sur la fatigue en France dans le vingt dernières années".

41 Sobre el tema véase S. Mulhern, "A la recherche du trauma perdu", *Chimères*, nº 18, 1992-1993 y "L'inceste, au carrefour des fantasmes et des fantômes", en D. Castro (dir.), *L'inceste*, Paris, L'Esprit du Temps, 1995, como también I. Hacking, *op. cit.*

42 T. Lempérière, *Entretiens de Bichat*, 1973, artículo citado, p. 285.

43 "La histeria de conversión, escribía en 1978 Daniel Widlöcher, se desvía a los ojos del psicoanalista, y más generalmente del psiquiatra, para dirigir su demanda, bajo una forma por lo común médica, hacia el generalista y hacia el neurólogo", "L'hystérie dépossédée", artículo citado p. 75.

44 Es por eso que "las formas histéricas [de la depresión] son las más numerosas", según, L. Israël, *op. cit.*, p. 161. Para Michel Patris, que dirige un servicio en CHU de Estrasburgo, "no quedan menos sujetos histéricos sino que, cada vez menos numerosos, agregan a la panoplia clásica de sus dolencias somáticas, la dolencia depresiva, y se crean así la ilusión de un tratamiento posible para sus trastornos neuróticos por medio de los antidepresivos", "Dépression et suggestion hypnotique", "Autour de la dépression", *Confrontations psychiatriques, op. cit.* p. 271.

45 Drs. Garoux y Ranty, "Las asthénie en psychiatrie et en pathologie psychosomatique", *Psychologie médicale*, nº 10, 1978, p. 2539. Esta edición se dedica enteramente a la fatiga. Los dos autores estiman que la astenia es un síntoma clave en las estructuras histéricas y

ha desaparecido, se oculta en la pérdida de energía respecto de la cual actúan tan eficazmente los antidepresivos.

¿Una excelente coyuntura para sufrir?

"Actúan tan eficazmente": la palabra no es demasiado fuerte si se aceptan las buenas nuevas anunciadas por los profetas de la psiquiatría biológica –las Casandras se encuentran sobre todo en las corrientes psicoanalíticas. "No habríais podido elegir un mejor momento de la historia para sentiros desdichados",[46] escribe el psiquiatra americano Mark Gold en la primera línea de su libro *The Good News about Depression*. Las primeras buenas noticias son farmacológicas: una nueva generación de antidepresivos ha hecho su entrada en el mercado en el curso de los años 1980, los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS). Éstos han cambiado, escribe Gold, "la ma-nera en que diagnosticamos la depresión –y quizás también la manera en que la definimos". Las segundas son institucionales: el reconocimiento de la psiquiatría biológica (a la que es necesario llamar, subraya, "la psiquiatría médica") como norma de la profesión y su integración en la medicina. En efecto, se trata entonces de una buena nueva, por la que "numerosos psiquiatras se han convertido en médicos, y piensan como médicos", pues "la depresión puede ser una enfermedad biológica para la cual se hacen necesarias las medicinas".[47]

En la tercera versión del DSM, Robert Spitzer precisaba que no existía "ninguna definición satisfactoria de «trastorno mental» (esto vale también para otros conceptos como el de trastorno psíquico y el de salud, psíquica y mental)".[48] En la cuarta versión, Allen Frances se resiste a abandonar "el término trastorno mental", la "distinción entre trastornos «mentales» y trastornos «psíquicos»" es reduccionista. "Desgraciadamente, el término se ha conservado en el DSM-IV porque no hemos hallado un sustituto adecuado."[49] Y se puede adelantar sin riesgos la hipótesis de que no se encontrará ese sustituto. En efecto, ningún médico deja de hablar de enfermedad al aplicar la etiqueta "trastorno psíquico". Para liberarse del dualismo, sería necesario un lenguaje que no obligue a utilizar las palabras "cuerpo" y "espíritu". Ahora bien, el espíritu no puede ser considerado en sí mismo más que un fenómeno psíquico. Hay aquí, entonces, un puro efecto retórico al identificar enteramente la medicina mental con el resto de la medicina, porque su especificidad

depresivas. Según ellos, la astenia aparece "cada vez más frecuentemente como síntoma aislado", p. 2534.

46 M.-S. Gold, *The Good News about Depression*, New York, Bantam Books, 1995 (1ª edición, 1986), p. VII.

47 *Ibid.*, p. X y XI.

48 R. Spitzer, en *op. cit.*, p. 9.

49 A. Frances, "Introducción", en *op. cit.*, p. XXI.

queda abolida: el trastorno del espíritu no implica nada más que las dificultades que afectan a una persona, sino también una enfermedad liberada de su condición de agente. Este efecto resulta de un proceso de rebiologización del psiquismo.[50] El rechazo del dualismo bajo todas sus formas es el eje de la medicalización de la psiquiatría: la patología del espíritu es la de un órgano enfermo, y esto mucho más cuanto que, recordémoslo, el afecto es la parte más "corporal" del espíritu. Salimos así de una problemática en la que la patología es también una experiencia en la cual es necesario aprender algo para poder "curarse". Las nervios enfermos son, actualmente, desequilibrios neuroquímicos. "La ciencia, escribe un periodista americano, ha descubierto que lo que las personas hacen cuando tocan fondo no es de ninguna manera «neurótico». Los datos científicos muestran que estas enfermedades no son menos «psíquicas» que las diabetes, ni más mentales que la migraña."[51]

La tendencia a la rebiologización del trastorno mental es muy clara en la psiquiatría universitaria francesa. Atraviesa por un pase de magia que consiste en identificar síndrome y enfermedad, como lo testimonia, por ejemplo, el título de varios libros publicados después de 1980 sobre la *enfermedad* depresiva. Ya no se escriben más tratados de psiquiatría, pero sí obras especializadas sobre las esquizofrenias, las ansiedades, las depresiones o las adicciones. La psiquiatría se ha fragmentado en clínicas especializadas.[52] La depresión se inserta naturalmente en esta tendencia con la triple decadencia de las nociones de neurosis, de conflicto y de culpabilidad. La victoria del modelo deficitario se manifiesta en la afirmación de que la persona es el objeto de su enfermedad, en la cual no participa: es la víctima de un proceso. La depresión se convierte así en una enfermedad igual a las demás.

Si la coyuntura es excelente para sufrir, su interpretación no carece de ambigüedades: ¿los nuevos antidepresivos curan mejor la variedad de estados depresivos, o presentan acaso ventajas que permiten extender los tratamientos a categorías de enfermos que no se reconocían como tales anteriormente? La respuesta a esta pregunta implica evaluar los progresos aportados a la terapéutica psiquiátrica por la bioquímica de las depresiones. El punto clave es el análisis de los mecanismos que bloquean la trasmisión de la información en los sistemas neuronales.

50 René Tissot, cuyas competencias psicofarmacológicas nadie pone en duda, escribía: "Un desequilibrio monoaminérgico nunca dará cuenta, él sólo, de las angustias de la melancolía", "Quelques aspects biochimiques du concept d'inhibition en psychiatrie", *L'Encephale*, 5, 1979, p. 516.

51 C. Dowling, *Rien ne sert de souffrir*, Paris, Grasset, 1991 (ed. americana 1991), pp. 47-48. A la cabeza de su obra pone esta frase de Natahn Kline: "Durante demasiado tiempo la psiquiatría estuvo dominada por la idea delirante [*¡sic!*] de que cada desorden emocional requiere de una interminable profundización verbal de todo lo vivido por el paciente".

52 El lanzamiento de un *Traité des maladies dépressives* (bajo la dirección de J.-P. Olié, M.-F. Poirier y H. Lôo, Paris, Flammarion, 1995) es ejemplar de esta fragmentación. Véase también H. Lôo y T. Gallarda, *La Maladie dépressive*, Flammarion, colección "Dominos", 1997. Sin embargo, el *Traité de psychopathologie* (Paris, PUF, 1994) publicado bajo la dirección de D. Widlöcher, representa una excepción a esta tendencia.

La serotonina,
una vía neuronal de moda

Al introducir el número especial de *La Revue du praticien*, consagrada a la depresión en 1985, Daniel Widlöcher anota que "los antidepresivos no constituyen una medicación de bienestar, su efecto psicoestimulante es muy específico. Administrados a personas que no presentan signos de depresión, sus efectos secundarios se agregan a un efecto específico en absoluto agradable".[53] Ahora, esta situación está en camino de modificarse con el lanzamiento de los ISRS.

La serotonina es *el* gran tema de actualidad en la psiquiatría desde hace unos quince años. El número de artículos consagrados a sus implicaciones en tal o cual patología es inimaginable. Se le han dedicado libros enteros. Serotonina y ansiedad,[54] serotonina y trastornos obsesivo-compulsivos, serotonina y sobrecarga ponderable, serotonina y fobia, etc., este neuromediador, dentro del cual se pueden inventariar numerosas familias de receptores desde los años 1980, aparece como el elemento crucial en una multitud de síntomas. "La serotonina se convierte en el blanco de investigaciones intensivas por parte de las empresas farmacéuticas", puede leerse en el *Financial Times* en octubre de 1992.[55] "La serotonina es un enigma. Se encuentra virtualmente involucrada en todo, pero no es responsable de nada", se hacen eco en 1995 dos neurobiólogos en una obra extremadamente técnica que reúne la gótica de la psicofarmacología.[56] En el XIX congreso del Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP) reunido en Washington en junio de 1994, sesenta y nueve comunicaciones se consagran a la serotonina y sólo dos a la noradrenalina. Este neuromediador moviliza no sólo a los expertos sino también, al menos en los Estados Unidos, al gran público. Con la serotonina, este asunto extremadamente técnico que es un mediador es arrebatado del dominio de los especialistas, vía *Prozac,* para ser convertido en objeto de numerosos artículos en la prensa y en las revistas, incluso en obras destinadas al gran público, de las cuales el famoso libro de Peter Kramer inaugura la

53 Widlöcher, "Introduction" al número especial "La dépression" de *La Revue du praticien*, tomo 35, nº 27, 11 de mayo de 1985, p. 1613. Este último punto era la tesis corriente admitida en psiquiatría. La han demostrado estudios experimentales (en particular el de Goodman y Gilman de 1970, citado a menudo) realizados sobre voluntarios sanos: la imipramina "no produce euforia cuando se trata de sujetos normales. Más bien, este producto engendra fatiga", P.-A. Lambert, "Les effects indésirables des antidépresseurs tricycliques", *Thérapie*, 1973, nº 28.

54 Sobre este punto véase, por ejemplo, "Troubles anxieux et systèmes sérotoninergiques", dos números especiales de *Canal Psy*, agosto de 1994 y enero de 1995.

55 "FDA panel backs SB's anui-depressant Paxil", *Financial Times, Pharmaceutical Business News*, 9 de octubre de 1992.

56 B.-L. Jacobs y C.-A. Fornal, "Serotonin and behavoir: a general hypothesis", en F.-E. Bloom y D.-J. Kupfer, *op. cit.*, p. 461. Véase también G. R. Heninger "Indoleaminas. The role of serotonin in clinical disorders", p. 471. Para una síntesis francesa accesible a no especialistas, véase por ejemplo M.-H. Thiébot y M. Hamon, "Un agent multiple: la sérotonine", *Pour la science*, nº 221, marzo de 1996.

serie. Así, *Serotonin Solution,* aparecido en 1996, explica al público algunos medios simples para luchar contra los desequilibrios neuroquímicos (*unbalanced chemical*) que son "la causa" de todos los trastornos del humor.[57]

La piedra angular
de la psicofarmacología

Para escapar al empirismo terapéutico y reducir la tasa de fracaso de los antidepresivos, la psiquiatría ha sido llevada a formular la hipótesis de los subtipos de depresiones. Se han explorado dos métodos empleados por la psiquiatría para resolver este problema. El primero es el análisis clínico y psicopatológico dominante en la década de 1950 y 1960, que busca la psicopatología subyacente a los síndromes apoyándose en una tripartición de las depresiones en endógenas, neuróticas y reaccionales. El segundo abordaje es el razonamiento sindrómico del DSM-III sobre la base de útiles diagnósticos estandarizados y a estudios epidemiológicos.

Un tercer método, bioquímico, emerge desde fines de la década de 1950, luego del descubrimiento de las funciones antidepresivas de la imipramina y la iproniazida. El mismo consiste en preguntar si la diversidad de respuestas a los antidepresivos no está ligada a la diversidad de vías neuronales sobre las cuales actúan estos medicamentos. Si se pudiese descubrir un criterio biológico que ponga de relieve la deficiencia entre un tipo de vía neuronal y un tipo de depresión, se podría predecir la respuesta a los antidepresivos. En ese caso sería posible encontrar las moléculas que corrigieran "lo más específicamente posible los grupos sintomáticos así registrados, constitutivos de las situaciones depresivas diversas".[58] En los años 1970, esta hipótesis es a la vez discutida, incierta y, sin embargo, se presenta llena de posibilidades. Pese a ello, ninguna respuesta aceptable ha podido ser aportada por las neurociencias.

La investigación bioquímica muestra que los medicamentos psicotrópicos estimulan en grados diversos la transmisión de información a través de las neuronas. Nuestros humores y nuestros comportamientos resultan de su funcionamiento. Entre las cincuenta categorías de neuronas descubiertas, las tres *vedettes* son las neuronas monoaminérgicas –noradrenalina, serotonina y dopamina. A finales de la década de 1950, las observaciones clínicas y experimentales sugieren que un neurolítico (la reserpina) tiene efectos secundarios graves entre los psicóticos, relacionados con depresiones, al

57 Citamos en esta literatura, M.-J. Norden, *Beyond Prozac*, Harper Collins, 1995, y E. Wurtzel, *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York, Houghton Mifflin, 1994. Estas dos obras han sido traducidas al francés recientemente. Para una reflexión filosófico-psiquiátrica del mismo género de la de Peter Kramer, véase P.-C. Whybrow, *A Mood Apart. Depression, Mania and Other Afflictions of the Self,* New York, Basic Books, 1997.

58 L. Colonna y M. Petit, artículo citado, *L'Encéphale*, vol. V, nº 5, 1979, p. 648. Véase también L. Colonna *et al.* "États dépressifs: symptômes cliniques et hypohèses monoaminergiques", *L'Encéphale,* vol. IV, nº 1, 1978.

mismo tiempo que vacía al cerebro de estas monoaminas. El mecanismo en acción es una inhibición de su capacidad de transmitir información química.[59] Este descubrimiento fue "la piedra angular de la psicofarmacología".[60] Los investigadores formulan la hipótesis de que los antidepresivos actúan sobre la transmisión de la serotonina (descubierta en la década de 1920) y la noradrenalina (descubierta en la década de 1930).[61] La depresión es correlacionada con una insuficiencia de la concentración en una y/o en la otra de estas vías neuronales.[62] Esta correlación moviliza la investigación en psicofarmacología desde hace casi cuarenta años.

Una síntesis, publicada en 1970, reconoce ciertamente que estas neuronas desempeñan un papel decisivo, pero no presenta pruebas de que los síndromes provengan de mecanismos psicológicos semejantes.[63] Para que exista semejante posibilidad, sería necesario que los síndromes fueran de por sí enfermedades. Es por eso que tal o cual deprimido reacciona bien a tal o cual antidepresivo y no a tal otro, sin que se comprendan bien las razones. Pese a los progresos en el conocimiento de los mecanismos de transmisión de la información en el sistema nervioso central, ninguna anomalía biológica constituye claramente el índice de la depresión.[64] La literatura psiquiátrica persiste constantemente sobre este tema tanto en los años 1980 como en la actualidad:[65] "Una cantidad de trabajos considerables ha tratado de explicar los mecanismos bioquímicos de la acción de las moléculas antidepresivas, pero toda tentativa de correlación entre un dato neuroquímico y un efecto clínico

59 J. Glowinsky, L. Julou, B. Scatton, "Effets des neuroleptiques sur les systèmes aminergiques centraux", *Confrontations psychiatriques*, 1975, *op. cit.* Jacques Glowinsky ha colaborado con Julius Axelrod en el descubrimiento de los receptores de la noradrenalina y su mecanismo de recaptura. En 1970, Axelrod recibió el Premio Nobel de Medicina por este descubrimiento.

60 S. Synder, "Molecular strategies in neuropharmacology: old and new", en H.-Y. Meltzer (editor), *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*, New York, Raven Press, 1987, p. 17.

61 Sobre estas cuestiones, el lector podrá remitirse a los dos libros de entrevistas que David Healy ha realizado con los investigadores que han desarrollado el campo de la psicofarmacología desde los años 1950, *op. cit.* Sobre la hipóteis monoaminérgica, véase también D. Healy, *The Antidepressant Era*, *op. cit.*, p. 155-179.

62 Para todos estos puntos, véase S. Snyder, *op. cit.*, particularmente el capítulo 3 y 4. Snyder preparó su doctorado en la década de 1960 en un laboratorio de Axelrod de la Facultad de Medicina de Bethesda, Maryland. Véase también David Carlsson, "Monoamines of the central nervous system: a historical perspective", en Meltzer (editor) *op. cit.*

63 R. Tissot, "Monoamines et régulations thymiques", *Confrontations psychiatriques*, nº 6, 1970, p. 122. Uno de los primeros estudios publicados en 1959 sobre la serotonina sigue siendo dudoso (J. M. Fragos Mendes y J. A. Lopes do Rosario, "Signification et importance de la sérotonine en psychiatrie", *L'Encéphale*, nº 6, 1959, p. 503).

64 H. Lôo y L. Colonna: "Les théories monoaminergiques de la dépression sont totalement réductionistes", "Abord critique des recherches de perturbations monoaminergiques dans les dépressions", "Autour de la dépression", Congreso de New York, 16-19 de septiembre de 1988, *Confontations psychiatriques, op. cit.*, p. 364.

65 Véase, entre las decenas de artículos sobre el tema, P. Boyer, "États dépressifs et marqueurs biologiques", *La Revue du praticien*, tomo XXXV, 11 de mayo de 1985, y P. Deniker, "Dépressions résistantes", *L'Encéphale,* XII, sp, octubre de 1986.

observado en un hombre deprimido sigue siendo dificultosa."[66] Este balance, establecido en *L'Encephale* en 1994, no puede ser más claro.

Los universitarios franceses se contentan con dar lugar a una repercusión en el consenso internacional. Los más importantes bioquímicos, neurobiólogos y psicofarmacólogos están de acuerdo sobre estas incertidumbres: no saben si las variaciones de la serotonina son responsables de la acción antidepresiva o si se trata de un simple efecto concomitante, o si es apenas un índice de mecanismos más complejos.[67] El aporte de la biología a la psiquiatría, al diagnóstico de las patologías mentales y a la eficacia de los antidepresivos es escaso. Las neurociencias progresan, la psiquiatría da vueltas en círculo.

Los trabajos sobre la serotonina han permitido, sin embargo, una mejor comprensión de los efectos secundarios y una puesta a punto de las moléculas mejor toleradas, que los psiquiatras llaman moléculas "propias". El sistema serotoninérgico "es el único modelo de acción de los antidepresivos que ha generado una nueva modalidad de tratamiento probando su eficacia".[68] Hay una razón por demás suficiente para explicar la boga de la serotonina.

El antidepresivo ideal: los que curan con placer

A finales de los años 1960 y comienzos de los 1970, varias empresas farmacéuticas tratan de poner a punto moléculas producidas a partir de hipótesis bioquímicas, sin seguir el procedimiento habitual: modificación de la "cadena química"[69] de las moléculas existentes, experimentos sobre animales, ensayos clínicos en humanos. Para verificar la hipótesis de una deficiencia de la serotonina, hacía falta una prueba terapéutica de que los tricíclicos y los IMAO actúan sobre varios sistemas monoaminérgicos. No se dispone, como escribe en 1982 el co-inventor de una de las primeras moléculas serotoninér-

66 J. Dalery y H. Lôo, *L'Encéphale*, XX, abril de 1994, p. 179.

67 "A pesar de 35 o 40 años de investigaciones biológicas intensivas, declara van Praag en 1996, no hay ninguna variable biológica que tenga alguna significación diagnóstica", en D. Healy, *op. cit.*, p. 367. Véase también Alan Broadhurst, en *ibid.*, p. 129, o L.-F. Gram, "Concepts d'antidéppreseurs de seconde génération", *L'Encephale*, sp. I, mayo-junio de 1991, p. 115. Francis Allen escribe en la introducción del DSM-IV: "Los indicios biológicos [...] no tienen la suficiente sensibilidad para servir al diagnóstico de un paciente dado", *op. cit.*, p. 10. Véase incluso J. Cussey *et al.,* "Sérotonine et depression: aspects méthodologiques", *Psychologie médicale*, 25, 1, 1993, p. 76.

68 S.-L. Brown y H.-M. van Praag, "Why study sorotonin in clinical psychiatric"? en S.-L. Brown y H. M. van Praag (editores), *op. cit.*, p. 4. Véase también Hollister, artículo citado, p. 35. S. Snyder: "La investigación sobre los receptores ha hecho posible la comprensión de los efectos secundarios de los medicamentos", "Molecular strategie in neuropsychopharmacology: old and new", artículo citado, p. 18.

69 "Hecho raro en los anales de la medicina y de la farmacia, se ha partido de una hipótesis bioquímica para fabricar un medicamento suceptible *a priori* de corregir el déficit específico descubierto por los investigadores", G. Robert, "Études cliniques d'un sérotoninergique. Examen de ses caractères spécifiques", *Psychologie médicale*, vol. 16, nº 5, 1984, p. 881. Es uno de los temas más recurrentes.

gicas de "la prueba de un mejoramiento del estado depresivo gracias a una sustancia que actúe tan selectivamente como sea posible sobre el sistema serotoninérgico central".[70] A finales de los años 1970, los químicos y los farmacólogos encuentran unas quince moléculas, químicamente heterogéneas por otra parte, que actúan específicamente sobre los receptores de la serotonina. Dos investigadores franceses ponen a punto la indalpina, uno de los primeros ISRS lanzados al mercado con el auspicio de un laboratorio francés. En 1977, los primeros estudios clínicos comparan a la imipramina con la indalpina, demostrando que los efectos antidepresivos son semejantes, pero que las ventajas de la segunda en cuanto al bienestar de los pacientes es mucho mayor. Estos trabajos aportan la prueba de la debilidad de los efectos secundarios, la tolerancia cardiovascular y el lapso de una acción muy rápida que provienen de una acción selectiva sobre la serotonina.

Una cosa provoca sorpresa a los médicos que la experimentan: la recuperación del humor y la disminución de la inhibición se operan al mismo tiempo.[71] "Los pacientes se curan con placer."[72] De allí la adhesión inmediata de los médicos: "Esta terapéutica les ha creado muchos menos problemas y ansiedad que los antidepresivos clásicos" y permite "un contacto psicoterapéutico mucho más fructuoso".[73] La molécula se presenta en los encuentros de Bichat en 1983: no actúa de modo preferencial sobre un tipo determinado de depresión (endógena, reaccional o neurótica). Es eficaz sobre los trastornos del humor, "ya sea como reacción a un evento traumatizante, o que acompañe un período «difícil» de la existencia, como la menopausia o el retiro, o que se asocie a una enfermedad orgánica, o que entre en el cuadro típico de la depresión".[74] Actuando *específicamente* sobre la serotonina, esta nueva molécula era eficaz en *todas* las depresiones. Los psiquiatras se entusiasman –uno de ellos evoca, en 1991, "los benditos tiempos de la indalpina".[75] "Ella ofrece, según se escribe en *Elle* en 1983, una gran esperanza a la terapéutica de las depresiones."[76] Sin embargo, la indalpina será retirada del mercado en 1985 a causa de una grave toxicidad que no había aparecido en los ensayos clínicos.

Otra molécula preparada por la firma sueca Astra, la zimelidina,[77] suscita las mismas esperanzas por la misma época. Su inventor, Arvid Carlsson,

70 A. Uzan, "Agents prosérotoninergiques et dépressions", *L'Encéphale*, VIII, 1982, p. 274. El primer trabajo decisivo fue el de Mary Asberg, publicado en 1976: logró demostrar que el 70 % de los deprimidos son carentes en serotonina.

71 Es "lo que más ha impresionado a los observadores [...] Se estaba habituado a ver la inhibición psicomotriz retirarse antes de la depresión del humor", G. Robert, artículo citado, p. 883.

72 *Ibid.,* p. 884.

73 *Ibid,,* pp.883-884.

74 A Wauters, "Les troubles de l'humeur: implications de la sérotonine, applications thérapeutiques", *Entretiens de Bichat*, 1983, p. 83.

75 Y. Prigent, "Psychodynamique des chimiotehérapies antidépressives", *L'information psychiatrique*, vol. 67, nº 9, noviembre de 1991, p. 841.

76 *Elle*, nº 1974, 1983.

77 Notemos que D. Healy, *The Antidepressant Era, op. cit.*, no señala la existencia de la indalpina. En el mundo anglosajón parece que sólo la zimelidina alcanzó alguna resonancia.

había adelantado la hipótesis de que las variaciones en las concentraciones de la serotonina explican el efecto de los antidepresivos. La primera publicación sobre esta molécula data de 1972. Lanzada a la vez en varios países europeos (pero no en Francia) a comienzos de los años 1980,[78] también será retirada del mercado porque causaba gripes y, en raras ocasiones, un síndrome neurológico fatal.

La investigación que condujo al *Prozac* se inició en la empresa americana Ely Lilly en 1970. En la medida en que se partía de hipótesis teóricas y no de ensayos clínicos, la molécula fue descripta por Lilly como "un compuesto para la búsqueda de su enfermedad".[79] "Si encontráramos un compuesto, declara un miembro del equipo que inventa la molécula, que demuestre la eficacia terapéutica de los antidepresivos tricíclicos, pero que esté libre de los efectos anticolenérgicos y de los efectos cardiovasculares que matan a la gente, ese compuesto representaría una etapa superadora."[80] El protocolo de la investigación estaba preparado a partir de los efectos secundarios y no orientado hacia una mayor eficacia. Uno de los investigadores había quedado impresionado por los trabajos de Carlsson. A comienzos de los años 1970, el quipo comienza a buscar sustancias que inhiban únicamente la recaptura de la serotonina. A finales de la década, la investigación llegó a detenerse a causa de la zimelidina (la información sobre la indalpina todavía no había atravesado las fronteras de Francia). Los primeros ensayos clínicos fueron decepcionantes, pero continuados pese a ello. Los ensayos terapéuticos preliminares mostraron no solamente la eficacia antidepresiva de la molécula, sino también una pérdida de peso por parte de los pacientes y una eficaz respuesta en el tratamiento de la bulimia, del alcoholismo y del tabaquismo. Los ensayos a gran escala efectuados a comienzos de la década de 1980 demostraron también una facilidad en el empleo que no se conocía: no era preciso prescribir este antidepresivo haciendo evolucionar el dosaje hasta obtener la eficacia terapéutica. Por general, bastaba un dosaje único. El producto se promovió entre los generalistas y recibió la autorización de la Food and Drug Administration en diciembre de 1987.[81]

78 Los ensayos de la fase II comparan la molécula con la amitriptilina: los efectos secundarios eran bastante menos significativos. De ahora en más, mientras los pacientes bajo tratamiento de amitriptilina aumentan de peso, los de la zimelidina no muestran ningún cambio. A Coppen y col. "Zimelidine: a therapeutic and pharmacokinetic study in depression", *Psychopharmacology*, nº 63, 1979, p. 201. Destaquemos que la amitriptilina, en 1977, es considerada por Lôo y Zarifian como uno de los pocos productos que habían registrado mejoras desde 1957. H. Lôo y É Zarifian, *Limites d'efficacité des chimiothérapies psychotropes*, Paris, Masson, 1977, p. 68.

79 *The Story of Prozac*, The Discovered Awards, Pharmaceutical American Association, Washington DC, 1993, p. 15. Bryan B. Molloy, Rat W. Fuller y David T. Wong son los tres inventores de este antidepresivo.

80 *Op. cit.*, p. 16.

81 Sobre todos estos puntos, véase la colección de entrevistas con D. Healy, así como también *The Antidepressant Era, op. cit., The Story of Prozac, ibid*. Véase también C. Medawar, "The antidepresant web. Marketing depression and making medicines work, *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 10, 1997, pp. 86-87.

El mercado de los fantasmas: el poder os pertenece

Si bien todavía quedan cuestiones a las cuales aún no es posible responder, Mark Gold estima, sin embargo, que ante todo "seremos capaces de prevenir la depresión y arrancarla de raíz. Al identificar ciertos compuestos químicos podremos incluso ser capaces de predecir el riesgo de suicidarse".[82] El más célebre "receptólogo" en el mundo, Solomon Snyder, prevé con optimismo inalterable, en una obra colectiva consagrada en 1987 a los progresos de la psicofarmacología, que "emergieron nuevos agentes psicotrópicos, con un extraordinario poder y selectividad [...] Estos medicamentos permitirán modular selectivamente los matices emocionales que son actualmente tan sutiles que más bien residen en el vocabulario de los poetas y no de los psiquiatras".[83] Diez años más tarde, cuando todavía ningún progreso se ha realizado, los investigadores de los laboratorios farmacéuticos llegan a predecir una molécula para cada tipo de depresión. El director de investigación en neurociencias en Eli Lilly de Indianapolis estima que la próxima generación de medicamentos psiquiátricos "será diez veces superior [*sic*] a la que poseemos actualmente", en tanto que Pfizer (el fabricante de*Prozac* más serio de la competencia) afirma que serán "muy, muy superiores a todos los productos de los que disponemos hasta hoy". Se anuncian moléculas para cada tipo de receptor serotonínico (se han descubierto unos quince) y noradrenérgico.[84] "A deprimidos distintos, antidepresivos diferentes", titula una revista médica francesa de 1996. Será posible elegir el antidepresivo adecuado en función del tipo de depresión y del perfil específico del deprimido.[85] Cada vez más la neurobiología, sobre todo la molecular, progresará en la conciencia de las vías neuronales y en el descubrimiento de multiplicidad de receptores; mejores químicos y farmacólogos inventarán moléculas a la vez poderosas y precisas. Se podrá por fin responder a la pregunta planteada en la década de 1970: ¿qué antidepresivo es necesario prescribir para cada depresión?

Como resultado, disponemos hoy de productos aparentemente anodinos y eficaces en los diversos síntomas de la depresión. "Apartar la depresión se convierte en algo tan simple como evitar la gordura: tomad vuestra pastilla y seréis felices", se escribe en el *Lancet*, en 1990.[86] El mercado de los antidepresivos prosigue el fuerte crecimiento que da comienzo a partir de 1975, pero cambia la estructura del consumo: las ventas del *Prozac* aumen-

82 M.-S. Gold, *op. cit.*, p. X.

83 S. Snyder, "Molecular strategies in neuropharmacology: old and new", artículo. citado, p. 21.

84 Y para cada tipo de receptor dopaminérgico para la esquizofrenia, D. Coleman, "Move over Prozac: new drugs", *International Herald Tribune*, 21 de noviembre de 1996.

85 F. Stora y S. Peretti, "A déprimés divers, antidépresseurs différents", Suplemento de Neurología-Psiquiatría en *Actualités-Innovations-Médecine*, nº 35, 1996, p. 20.

86 "Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine", *The Lancet*, ed. fr., art. cit. p. 27.

tan un 37,15 % por año.[87] En 1995, esta molécula ocupa el segundo lugar entre los medicamentos más vendidos en Francia.[88]

Una economía de la serotonina se ha desarrollado desde hace una década. Dada la importancia de los costos directos e indirectos de la enfermedad depresiva tanto sobre el equilibrio de las cuentas sociales como sobre los de la productividad de las empresas, los economistas de la salud demuestran que es más económico emplear los ISRS que los tricíclicos, aun cuando cada cápsula tenga un costo entre ocho y diez veces superior, pues la continuidad del tratamiento resulta mucho mejor, y su eficacia multiplicada.[89] Los ISRS estarían próximos al antidepresivo ideal.[90] Nuevas moléculas han recibido la autorización para su ingreso al mercado (AMM) en 1997, gratificando a este optimismo terapéutico. Las mismas actúan específicamente sobre la serotonina*y* la noradrenalina: tienen aún menos efectos secundarios que los ISRS, actuarían más rápido y darían prueba de una gran eficacia entre las depresiones severas, incluidos las de los pacientes melancólicos hospitalizados.[91] Estos productos tienen el poder tradicional de los antidepresivos, porque actúan sobre diversas monoaminas y la tolerancia de los serotoninérgicos, como pone de manifiesto la publicidad de uno de ellos: "Mantenga el poder que le pertenece". ¿El sueño farmacológico es imposible de alcanzar? ¿Se ha puesto la ciencia a "crear un filtro que cambiará el destino"?[92]

87 É. Zarifian, *Les Prix du bien-être*, *op. cit.*, p. 200.

88 S. Coignard, "Les prodiges de l'effet placebo", *Le Point*, 29 de junio de 1996. El Prozac es el único medicamento psicotrópico que forma parte de esta lista de veinte medicamentos.

89. Véanse los artículos de B Jönsson y J. Rosebaum (editores), *Health Econmics of Depression*, John Wiley and Sons Ltd, 1993. Véase también, entre otros, A. Stewart, "Revisiting the relative cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and tricycl antidepressants: what price inflation and subtherapeutic dosages?", *British Journal of Psychiatry*, 10, 1996, M.-I. Wilde y R. Whittington, "Paroxetine. A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression", *Pharmacoeconomics*, 8, 1995, B. H. Guze, "Selective serotonin reuptake inhibitors. Assessment for formulary inclusion", *Pharmacoeconomics*, 9, mayo de 1996, y R. Davis y M.-I. Wide, "Sertraline. A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression", *Pharmacoeconomics*, 10, 1996. Un informe de la National Mental Health Association, asociación financiada por la industria framacéutica, estima que la cuota anual de depresión para los empleados es de 23.800 millones de dólares (reducción de productividad y pérdida de jornadas de trabajo). Para las economías de las aseguradoras aportadas por los nuevos antidepresivos, véase también "New approvals change depression market" *Marketletter*, 17 de enero de 1994.

90 Debería poseer una eficiencia óptima en el plano clínico, a condición de poseer una eficacia terapéutica total (curar la depresión), un rápida acción de los efectos antidepresivos, como también probada eficacia entre pacientes resistentes y reincidentes. Véase P.-E. Gérard, V. Dagens, A. Deslandes "1960-2000: 40 ans d'utilisation des antidépresseurs", *Semaine des hôpitaux de Paris*, vol. 71, nº 23-24.

91 "Mise au point de molécules de plus en plus sélectives", *Impact médecin hebdo*, nº 370, 13 de junio de 1997. Véase también *Impact quotidien*, nº 941, 26 de septiembre de 1996, *Le Quotidien du médécine*, 8 de octubre de 1996, la síntesis presentada por el respondable médico del Sistema Nervioso Central de Pierre Fabre, *L'Information psychiatrique*, suplemento al nº 6, junio de 1997 y A. Fraser y col.: "Interactions de la sérotonine et de la noradrénaline dans la dépression", CINP, XX Coloquio, Melbourne, junio de 1996. El*International Clinical Psychopharmacology*, vol. 11, suplemento, 4 de septiembre de 1996, le consagra un número entero al minalcipran.

92 F. Dagognet, *La Raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964, p. 330.

Actuar a toda prisa: el individuo trayectoria

En materia de espíritus deprimidos, la ciencia promete resultados que no son comprensibles más que en el lenguaje de la magia. Porque antes de evaluar estas promesas milagrosas es importante subrayar que responden a aspiraciones sociales y se encuentran orientadas a los nuevos problemas que enfrentan las personas en la actualidad. En primer lugar, la renovada atención al sufrimiento en el plano social pone de manifiesto patologías de la crisis económica en la que los traumatismos y los desamparos se traducen a la psiquiatría por medio de la depresión. Luego, la individualización de la acción engendra presiones nuevas sobre la individualidad que debe asegurar permaneciendo allí donde debe contentarse con obedecer.

La moda del sufrimiento

Entre comienzos de los años 1980 y los de los 1990 la tasa de depresión aumentó el 50 % en Francia, según el CREDES. Si parte de este aumento resulta del hecho de que la gente se confiesa deprimida más fácilmente en nuestros días, "el aumento de la prevalencia de la depresión aparece como un dato cierto. [...] La prevalencia crece con las situaciones desfavorables –soledad, ingresos escasos, desempleo– situaciones todas ellas que, de por sí, van en franco aumento".[93] A grandes rasgos, el porcentaje de los deprimidos en un momento dado pasó del 3 % a poco menos del 5 % (en otros trabajos, se estima en un 6 o 7 %).[94] Las escasas encuestas comparativas con Europa demuestran, por otra parte, diferencias estadísticas notables que no se explican.[95]

Cada vez más suicidios, abusos del alcohol o de la droga, brotes de enfermedades no psiquiátricas se presentan acompañadas de una depresión. Los depresivos declaran muchas más enfermedades que los no depresivos de la misma edad (siete contra tres): los deprimidos de entre 20 y 29 años tienen tantos problemas de salud como los no deprimidos de 45 a 59; las mujeres deprimidas de entre 45 y 59 años tienen un nivel de salud equivalente a una persona de más de 80. "El depresivo, escriben los autores, es viejo antes de tiempo." Tienen tres veces más trastornos digestivos, génito-urinarios y cardiovasculares; dos veces más cánceres, enfermedades endocrinas, osteoarticulares, etc. Su consumo de medicamentos, incluidos los no psicotrópicos, y el número de consultas médicas que realizan es claramente superior a los del conjunto de la problación.[96] Los costos directos (consultas, tratamientos, etc.) e indirectos (ausencias en el trabajo, subproductividad, etc.) se muestran enormes. La depresión parece situarse en el centro de una dinámica patológica por completo heterogénea.

La depresión se analiza como un estado común de numerosos problemas psicopatológicos: alcoholismo, violencia, toxicomanía o suicidios.[97] Las toxicomanías y los comportamientos violentos a menudo son interpretados por la psicopatología como modos de defensa contra las depresiones del tipo estados límites. El informe de la Segunda Conferencia Nacional de Salud subraya en 1997 que una educación para la salud de los niños y de los adolescentes debería incorporar "la comprensión de los comportamientos psicológicos y sociales como la violencia y la depresión",[98] la agresividad hacia los otros y hacia uno mismo. "La prevención de los trastornos del malestar aparece como una prioridad."[99] En las situaciones de pobreza, de precariedad y de exclusión, conferencias, estudios e informes oficiales subrayan el entrecruzamiento de múltiples apremios, entre los cuales violencias, depresiones, enfermedades psicosomáticas y traumatismos múltiples intervienen continuamente. Todos los informes dirigidos hoy a la psiquiatría estiman necesario "considerar ciertas formas de malestar, que no son las enfermedades mentales, que no conducen forzosamente a ellas, pero que pueden resultar objeto de tratamiento".[100] El oficio de psiquiatra público, en estos días, está menos centrado en las psicosis que en el delicado entramado de los problemas sociales y psicopatológicos, que es necesario, a la vez, relacionar y distinguir –salvo en el caso de aceptar que la psiquiatría se reduce a la asistencia social. La depresión revela (o está asociada a) una multiplicidad de problemas sociales y médicos que son evidentemente costosos para nuestras sociedades, y particularmente para la protección social.

El Comisariado General de Planeamiento ve en "la vulnerabilidad crecien-

93 A. Le Pape y T. Lecomte, *Aspects socioéconomiques de la dépression. Évolution 1980-1981 / 1991-1992*, CREDES, 1996, p. 49. La tasa se ha doblado para los 60 años, pero permanece estable entre los 20-29. La región parisiense tiene 5,4 % de deprimidos para una media nacional de 4,7%. Varios sondeos efectuados en la población en general parecen indicar que el sentimiento de estar deprimido es cada vez más y más importante. Así, una encuesta de la SOFRES, en 1991, indica que "casi la mitad (48 %) de las personas interrogadas [...] afirman haber sido presas, en algún momento de su vida, de una combinación de astenia y ansiedad que era, de hecho, el signo de una enfermedad depresiva y del cual, en distintas medidas, habían podido salir. El 58 % declara haber observado ese fenómeno en el entorno familiar", *Impact-Médecin Quotidien*, 21 de marzo de 1991.

94 Una encuesta del INSERM estima que la probabilidad de que una persona atraviese un episodio depresivo en su vida es del 10,7 % para los hombres y del 22,4 % para las mujeres. Véase J.-P. Lepine y col., "La épidemiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population général française", *Confrontations psychiatriques*, n° 35, 1993.

95 DEPRES I, *Premiers Résultats*. Smithkline-Beecham, octubre de 1995. Véase también el informe presentado sobre el mismo por *Quotidien du médecine*, 8 de noviembre de 1995.

96 En diez años, los costos se han duplicado para los primeros y no han aumentado nada más que 58 % para los otros. Véase A. Le Pape y T. Lecomte, *op. cit.*

97 "Con 1000 suicidios por año, y alrededor de 60.000 tentativas, 7% de depresiones y el aumento en el consumo de drogas y en los comportamientos violentos, hace mucho, como puede apreciarse, que la salud mental de los adolescentes está en rojo", *Liberation*, 2 feb. de 1996.

98 *Le Monde*, 18 de julio de 1997.

99 *Le Quotidien du médecin*, 23 de julio de 1997. El Consejo Económico y Social estima que "cerca del 20 % de los franceses sufren de trastornos psiquiátricos y de comportamiento", Pierre Joly (informante), *Prévention et soins des maladies mentales-Bilan et perspectives*, *Journal officiel*, 24 de julio de 1997, p. 35.

100 A. Lazarus (pres.) *Une souffrance qu'on ne peut cacher*, Informe del grupo de trabajo "Ville, santé mental, précarite et exclusion sociale", febrero de 1995, p. 15.

te de la población en edad de trabajar [...] un fenómeno radicalmente nuevo."[101] La crisis económica habría engendrado, desde la década de 1980, una duplicación de los suicidios entre la población de 35 a 44 años. La soledad dinamiza esta fragilidad.[102] Una consulta de la psicopatología del trabajo recoge el dato de que "las personas que todavía tienen empleo tienen tanto temor de perderlo que tienen necesidad de un sostén".[103] Según el alto comité de Salud Pública, "el sufrimiento psíquico es actualmente, en el dominio de la salud, el mayor síntoma de la precariedad".[104]

La psiquiatría pública es cada vez más movilizada por las personas sufrientes, pero no enfermas en el plano psíquico. Los traumatismos ocasionados por la precarización del trabajo constituyen ahora el elemento esencial de los problemas tratados por la psiquiatría pública: depresiones, ansiedades crónicas, toxicomanías, alcoholismo y automedicación a largo plazo –la parte correspondiente a las psicosis permanece estable en valores absolutos, pero baja en términos relativos:[105] "La pérdida de la esperanza se convierte en el riesgo principal."[106] La depresión –y no la ansiedad y la angustia- se sitúa en la encrucijada de múltiples patologías traumáticas y adictivas bien identificadas. Esta atención puesta en el sufrimiento, pero también su uso cognitivo para comprender y definir los problemas sociales son enteramente recientes.[107]

La individualización de la acción

La acción de nuestros días se ha individualizado. No hay pues otra fuente que el agente que la produce y de la cual sólo él es responsable. La iniciativa de los individuos pasa a primer plano de los criterios que miden el valor de la persona.

101 Comissariat général au Plan: *Chômage: le cas française*, citado por P. Krémer, "Les sociologues redécouvrent les liens entre suicide et crise économique", *Le Monde,* 4 de febrero de 1998.

102 Véase S. Paugam, J.-P. Zoyem y J.-M. Charbonnel, *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation française, 1994.

103 M. Aulagnon, "Les consultation et le soutien psychologique de L'Élan retrouvé", *Le Monde*, 4 de junio de 1997.

104 Citado por L. Folléa, "Des experts s'alarment des dégâts de l'exclusion sur la santé", *Le Monde*, 22-23 de febrero de 1998.

105 Sobre todas estas cuestiones, véase A. Lazarus, *op. cit.*, V. Kovess y col. "La psychiatrie face aux problèmes sociaux: la prise en charge des RMistes à Paris", *L'Information psychiatrique*, nº 3, marzo de 1995, J.-L. Roelandt, "Exclusion, insertion: los frontières de l'étrange", *Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie*, nº 1, enero de 1996, A. Mercueil y B. Letout, "Précarité et troubles psychiques", *Nervure*, supplemento FMC, tomo X, nº 7, octubre de 1997 (una excelente síntesis con bibliografía de base indispensable). Véase también L. Folléa, "Des chercheurs cernent l'impact du chomage sur la santé publique", *Le Monde*, 4 de junio de 1997.

106 S. Mercueil y B. Letout, *ibid.*, p. III.

107 En consecuencia, no deja de ser significativo que un psiquiatra-psicoanalista como Christophe Desjours, que es uno de los pocos investigadores que trabaja desde hace veinte años sobre la psicopatología del trabajo, conozca súbitamente una repercusión mediática importante con su primer libro, *Souffrance en France-La banalisation de l'injustice sociale*, Paris Seuil, 1998.

Dos hechos simbólicos en la Francia de comienzos de los años 1980: la izquierda llega al poder, y su proyecto colectivo (que hace que sea "de izquierda") se frustra; el jefe de la empresa se erige en modelo para todos. Estos dos hechos están ligados porque declinan las dos grandes utopías reformistas y revolucionarias: la sociedad protectora y la alternativa al capitalismo. La imagen del jefe de empresa se recorta del grueso dominante de pequeños propietarios y rentistas prósperos, se convierte en un modelo de acción que cada individuo está invitado a emplear. También la acción empresarial constituye un respuesta a la crisis de la acción estatal que, en Francia, se hace cargo tradicionalmente del porvenir de la sociedad. La noción de empresario sirve de referencia para dinamizar el conjunto socio-político. Neta inflexión para un país como Francia: la acción privada se hace cargo de las misiones colectivas del Estado, mientras que la acción pública utiliza modelos privados. La empresas "ciudadanas" deben aliarse a sus administraciones funcionando como empresas.

Ganadores, deportistas, aventureros y otros personajes ruidosos desvanecen el paisaje imaginario francés. Se ha encontrado su encarnación en un personaje ya caído, pero que ha simbolizado el ingreso de la sociedad francesa en una cultura de la competencia: Bernard Tapie. ¿Se recuerda aún que en 1986 animaba en TF1 en un horario de gran audiencia una emisión de variedades empresariales bajo el título elocuente de *Ambiciones*? No se trataba solamente de un show. La primera ola de emancipación invitaba a cada uno a partir a la conquista de su identidad personal, la segunda al éxito social por medio de la iniciativa individual.

En la empresa, los modelos disciplinarios de gestión de los recursos humanos (taylorismo y fordismo) retroceden ante el avance de normas de gestión que incitan al personal a comportamientos autónomos y reducir las jerarquías. *Management* participativo, grupos de expresión, círculos de calidad, etc., constituyen las nuevas formas de ejercicio de autoridad, orientadas a inculcar el espíritu de empresa a cada asalariado. Los modos de regulación y de dominio de la fuerza de trabajo se apoyan menos sobre la obediencia mecánica que sobre la iniciativa: responsabilidad, capacidad de evolucionar, de proponer proyectos, motivación, flexibilidad, etc., diseñan una nueva liturgia del mercado laboral. La constricción impuesta al obrero ya no es la del hombre-máquina empleado en un trabajo repetitivo, sino la de un empresario de su trabajo flexible. El ingeniero Frederick Winslow Taylor, a comienzos del siglo XIX, procuraba volver dócil y regular a un "hombre-buey" según su propia impresión; los ingenieros de las relaciones humanas de nuestros días se las ingenian para producir la autonomía. Se trata menos de someter a los cuerpos que de movilizar los afectos y las capacidades mentales de cada asalariado. Cambian las constricciones y las maneras de definir los problemas: a mediados de la década del ochenta, la medicina del trabajo y las investigaciones sociológicas en las empresas notan la nueva importancia que adquieren la ansiedad, los trastornos psicosomáticos o las depresiones. La empresa es la antecámara de la depresión nerviosa.[108]

108 *Le Culte de la performance, op. cit.* pp. 270-273.

Al creciente grado de compromiso con el trabajo que se impone en el curso de la década de 1980, se agrega a partir de sus últimos años una neta disminución de las garantías de estabilidad: involucra primero a los trabajadores no calificados, más tarde comienza a ascender por las jerarquías hasta alcanzar incluso a los cuadros superiores en el curso de la década de 1990. Las carreras se vuelven volátiles.[109] El estilo de las desigualdades se modifica, lo cual no deja de tener consecuencias en la psicología colectiva: a las desigualdades entre grupos sociales se agregan otras dentro de los mismos grupos.[110] El crecimiento de las desigualdades establecidas por los éxitos profesionales y los orígenes sociales no pueden más que aumentar las frustraciones y las heridas. El valor que las personas se conceden a sí mismas se vuelve más frágil con este estilo de desigualdades.

La escuela reconoce transformaciones que tienen efectos análogos sobre la psicología de los alumnos.[111] En los años 1960 la selección social se operaba gradualmente más allá de la escuela. En nuestros días, como lo pone de manifiesto la sociología de la educación, la masificación de la población de los liceos conduce a que la selección se opere a todo lo largo del curso escolar. Paralelamente, "una exacerbación de los imperativos de éxitos individuales y escolares se abate sobre los niños y los adolescentes".[112] Las exigencias que pesan sobre los alumnos se acrecientan, mientras que les toca asumir por sí mismo las responsabilidades de sus fracasos, lo que no deja de engendrar formas de estigmatización personal.[113] Aquí también, entonces, se ve una modificación de las maneras de ser desigual.

Las funciones institucionales de socialización, ejercidas hasta entonces por la familia, se remiten en gran medida a la escuela a partir de los años sesenta. El desarrollo personal de los niños, ampliamente alentado por la psicología (Dr. Spock, Laurence Pernoud, etcétera) se convierte en una misión parental de la mayor importancia. Asimismo, los clínicos descubren en nuestros días, entre pacientes nacidos en el curso de este período, patologías en las que la firmeza identitaria es frágil. Las mismas resultan "de una sentimentalización sin duda excesiva del ejercicio de las funcio-

109 "El destino individual de las carreras se convierte en algo más volátil", escribe Daniel Cohen, *Richesse du monde, pauvreté des nations,* Paris, Flammarion, 1997, p. 78.

110 "La nueva miseria del capitalismo es la que crea en el seno de cada grupo social, en el seno de cada vida, las tensiones que hasta ahora eran el sustento de las rivalidades entre grupos", D. Cohen, *ibid.*, p. 79.

111 P. Bourdieu y J.-C. Passeron, *La Reproduction*, Paris, Minuit, 1970.

112 J. Fatela, "Crise de l'école et fragilités adolescentes", en A. Ehrenberg y P. Mignon, *Drogues, Politique et Société*, Paris, Le Monde Editorial y Editorial Descartes, 1992, p. 96.

113 Véase F. Dubet, *Les Lycéens*, Paris, Seuil, 1991. "Hasta no hace mucho, escriben D. Goux y E. Maurin, los niños de origen modesto no eran estigmatizados por su bajo rendimiento escolar, dado que ello estaba previsto en la naturaleza misma de la institución escolar. En la actualidad, sus mediocres clasificaciones se presentan como el resultado de una competencia en la que no tienen derecho a participar, de la que han sido descalificados", "L'egalité des chances", en Fundación Saint-Simon, *Pour une nouvelle république sociale*, Paris, Calmann-Levy, 1997, pp. 18-19.

nes parentales".[114] La autonomización de la pareja y de la familia, que registra procesos de "desmatrimonialización", conduce a una nueva precarización, a menudo evanescente, de los lugares simbólicos de unos y de otros. La igualación de las relaciones entre géneros sexuales, pero también entre generaciones, conduce a una oscilación entre contractualismo generalizado y relaciones de fuerza permanente. Cuando las fronteras jerárquicas se desvanecen, las diferencias simbólicas con las cuales se hallaban identificadas también se desvanecen.[115]

Cualquiera sea el espacio considerado (empresa, escuela, familia) el mundo ha cambiado de reglas. Ya no se trata de obediencia, disciplina, conformidad a la moral general, sino de flexibilidad, cambio, rapidez de reacción, etc. El dominio sobre sí mismo, la agilidad psíquica y afectiva, la capacidad de acción, hacen que cada uno deba tolerar la carga de adaptarse permanentemente a un mundo que pierde, precisamente, su permanencia, un mundo inestable, provisorio, hecho de flujos y de trayectorias que ascienden y descienden como si fueran dientes de serrucho. La legibilidad del juego social y político se torna borrosa. Estas transformaciones institucionales dan la impresión de que cada uno, incluso el más humilde y más frágil, debe asumir la tarea de *elegir todo* y de *decidir todo*.

El cambio ha sido durante mucho tiempo algo deseable, porque se hallaba en el horizonte de un progreso que debía producirse indefinidamente y de una protección social que no podía sino extenderse. Ahora es percibido de manera ambivalente, pues el temor de una caída y el miedo de no poder salir de ella se imponen claramente sobre la esperanza de ascender socialmente. Hoy, tendríamos cada vez más desconfianza hacia el cambio, desconfianza que resumen las palabras "vulnerabilidad", "fragilidad" y "precariedad". Cambiamos, por cierto, pero ya no tenemos la sensación de progresar. Combinada con todo lo que incita en nuestros días a interesarse en la propia intimidad, la "civilización del cambio"[116] estimula una atención masiva al sufrimiento psíquico. Brota por todos lados y asume la forma de los múltiples mercados del equilibrio interior. Es en los términos de implosión, de atascamiento depresivo o, lo que termina por ser lo mismo, de explosión –de violencia, de rabia o de búsqueda de sensaciones– que hoy se pone de manifiesto una gran parte de las tensiones sociales. Como nos lo enseña la psiquiatría contemporánea, la impotencia personal puede fijarse en la inhibición, explotar en la impulsión o conocer las interminables repeticiones de comportamiento de las compulsio-

114 J.-L. Donnet, "Une évolution de la demande au centre Jean Favreau", *Revue française de psychanalyse*, colección "Débats de psychanalyse", noviembre de 1997, p. 23.Consigna que un número no desdeñable de pacientes nacidos en el curso de este período han mantenido relaciones incestuosas, a veces durante muchos años, en el seno de "familias bien estructuradas", p. 23.

115 Véase A. Ehrenberg, "Le harcèlement sexuel-Naissance d'un delit", *Esprit*, noviembre de 1993, e I. Théry, "Vie privée et monde commun-Réflexions sur l'enlisement gestionnaire du droit", *Le Débat*, mayo-agosto de 1995, artículo citado.

116 Según la expresión de J. Donzelot. Sobre el desplazamiento del progreso hacia el cambio y sus implicaciones sobre la noción de responsabilidad, véase J. Donzelot, *op. cit.*

nes. Así, la depresión se halla en la encrucijada de las normas que definen la acción, de un uso extendido de la noción de sufrimiento o de malestar en el inicio de los problemas sociales, y de las respuestas nuevas propuestas por las investigaciones y la industria farmacéutica.

El imaginario de la desinhibición

Se comprende que la energía prometida por los antidepresivos, dado que tiene pocos efectos molestos sobre la calidad de la vida cotidiana, suscite esperanzas que no se concebían hace nada más que quince años. Su *marketing* responde a constricciones y a aspiraciones a actuar por uno mismo, mientras que el consultorio del médico es el lugar donde se opera la conjunción entre estos problemas y la oferta médica.

A finales de la década de 1970, algunas publicidades, sobre todo de antidepresivos estimulantes, hacen referencia más bien al tema de la acción que a la cura de una patología. ¿Acaso no conoce este período el lanzamiento de nuevas moléculas cuyo status oscila entre la del psicoestimulante y la del restaurador del humor? Una de estas publicidades evoca a la vez el dolor moral y la acción ("Esta enfermedad de la que Ud. quiere volver rápidamente a una vida profesional y familiar normal"), mientras que otra se centra exclusivamente en el rendimiento ("Reencuentre el gusto de actuar y la libertad de emprender"). Veinte años más tarde, "Claire ha reencontrado el gusto de emprender", gracias a un IMAO, mientras que una campaña publicitaria de un ISRS que "despierta la fuerza interior" pone de relieve un "Yo soy Yo", ligando así el máximo rendimiento con lo más natural.

En 1988 aparece en Francia una *Guide des 300 medicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement*. Se produjo un escándalo. Los autores –anónimos– abogan por un "derecho a la droga" en una sociedad de competencia exacerbada. Establecen una diferencia entre el hecho de drogarse, que consiste en replegarse a su propia vida privada, y el de doparse, que permite enfrentar las presiones crecientes que se ejercen sobre cada uno. El aumento del poder de la función estimulante de las drogas como medicamentos psicotrópicos es impresionante, e implica el caso de los ansiolíticos, porque la disminución de la angustia tiene un papel desinhibidor:[117] la persona calmada puede actuar.

En Francia, dos psiquiatras subrayan recientemente en *L'Encéphale* que "la necesidad de ser rendidor para el sujeto subdepresivo" que no satisface los criterios que permitirían diagnosticar un episodio depresivo, "llevará a prescribir un antidepresivo estimulante; en un contexto menos constreñido no se le habría prescripto un antidepresivo, sino algunos elementos de psicoterapia que deberían ayudarlo a atravesar un período un poco difícil. Es evidentemente fácil denunciar los excesos y hacer apología del esfuerzo y de

117 É. Zarifian, "Medicaments anxiolytiques et inhibition", *L'Encéphale*, IV, 1978. S. Amar y C. Barazer, "Tranquillité sur ordonnance", *Esprit*, octubre de 1991.

la evolución natural sin la ayuda medicamentosa. Pero ¿quién puede evaluar por sí mismo y con precisión el nivel de sufrimiento del otro?"[118] El problema se plantea excelentemente.

La introducción de un número especial de una revista psicoanalítica consagrada a los medicamentos en 1991 subraya la importancia de la referencia al atasco en las prácticas psiquiátricas: "La exigencia creciente de bienestar psíquico y de la normalidad, así como el imperativo de un resultado rápido y rendidor que favorezca por el lado de la medicina un estilo de respuesta terapéutica calcado del de la medicina somática [...] Es un término ideal de dominio químico de las actitudes cognitivas y de las conductas que se observan."[119] El bienestar interior es, en efecto, indispensable para la acción: ¿no es necesario movilizar los afectos para actuar? ¿Pueden permitirse las personas esperar arreglar sus conflictos mientras aumentan la exigencias de acción y de adaptabilidad?

Es en este contexto que se lanza el *Prozac* con una campaña de marketing dirigida a los médicos generalistas. A continuación de una serie de artículos en la prensa psiquiátrica profesional sobre el tema de los "alegradores del humor", un *dossier* de la revista americana *Newsweek*, de 1990 titulado "La promesa del *Prozac*" da la señal de largada a la polémica pública sobre la depresión: dice que las personas terminarán por ir al médico para pedirle que les prescriba esta píldora, de modo que les permita asumir las dificultades de la existencia sin pagar el costo psíquico. Peter Kramer también se interroga sobre este ideal de dominio químico. Su libro no está dedicado a los medios de obtener la dicha por receta, como lo deja entender el estúpido título en francés (*Prozac: le bonheur sur ordonnance?*) y la acogida general que tuvo en la prensa. Es una reflexión sobre el tipo de *self* que se exige: "Confianza en sí mismo, flexibilidad, rapidez, energía [...] se llevan la medalla de oro."[120] Digamos, más prudentemente, que estas condiciones permiten seguir en carrera. Así, este producto adquiere la reputación de mejorar el humor y de facilitar la acción, pero también de transformar la personalidad en un sentido favorable en la medida en que actúa sobre personas que no son "verdaderamente" deprimidos. Los pacientes descriptos por Kramer se "afirman" en el *Prozac*. Pero, cualquiera sea la posibilidad de curar minuciosamente nuestros humores ¿no es un problema, en todo caso, que las moléculas no sean tóxicas? ¿De qué naturaleza es este problema?

El *Prozac* no es la píldora de la felicidad, pero responde a esa iniciativa. De allí a pensar que es una droga estimulante debería haber una enorme distancia. Los IMAO, como ponían de relieve los psiquiatras de los años 1960 ¿no hacen que los pacientes se sientan "más que bien"? Es, además, la manera en que Daninos describe el efecto del antidepresivo (IMAO) recién salido a la

118 H. Cuche, A. Gérard, "Antidépresseurs: benefices/risques", *L'Encéphale*, XX, abril de 1994, p. 206.

119 C. Barazer, "Avant-propos" a "Médicaments, psychanalyse", *Psychanalistes*, nº 39, julio 1991, p. 11.

120. P. Kramer, *Prozac: le bonheur sur ordonnance?*, Paris, First, 1994, p. 406.

luz. ¿Acaso no esperaban moléculas de este tipo los farmacólogos, los químicos y los psiquiatras de la década de 1960, más manejables si no más eficaces? El paso, sin embargo, quedó franqueado cómodamente, y ahora la pregunta es si no se habrá puesto fin al "sujeto". Pues, dado que es tan fácil de usar, esta molécula dejará al hombre reducido a su cuerpo.

"El debate no puede circunscribirse solamente al mundo médico, se escribe en *L'Encéphale* en 1944, suele olvidárselo a menudo. Los pacientes tienen exigencias de resultados apoyados en la resistencia al tiempo y a las obligaciones ¿no podría ocurrir que se estuviese obrando sobre complicaciones depresivas para responder a dificultades socio-profesionales?"[121] Estas notas abren paso a las cuestiones prácticas de nuestros días: la psiquiatría y la medicina reciben una clientela que demanda suplementos farmacológicos y psicológicos para controlar mejor sus múltiples dificultades.

¿Poder taumatúrgico o cobertor?

Atascamiento psicomotor, inhibición e impulsividad, astenia: estas nociones pueden referirse a cualquier modelo nosográfico, pero conducen todas a la acción patológica. La acción detenida esculpe el universo depresivo: la fijación es el "síncope de los tiempos",[122] la impulsividad es una pérdida de la temporalidad. La apatía sustituye al dolor moral pues, clínicamente, es el verdadero objetivo de los antidepresivos y, socialmente, es congruente con los nuevos problemas que afronta hoy la persona de cara a la acción. El atasco depresivo acompaña al individuo-trayectoria como su sombra. Categorías psiquiátricas, medios terapéuticos y normas sociales reconfiguran la individualidad.

Los milagros anunciados responden quizás a las aspiraciones a "funcionar" mejor, pero son el producto de las campañas promocionales.[123] Si algunos investigadores prestigiosos, como Snyder, participan de estas creencias, la mayoría no hace, al menos públicamente, semejantes elogios. Arvid Carlsson lo subrayaba hace unos doce años: "A la luz de los formidables progresos en los conocimientos de base, se puede apreciar, sin embargo, cuán modestos son los desarrollos de la farmacología desde los años 1950."[124] Jonathan Cole

121. H. Cuche, A. Gérard, art. cit., p. 206, Véanse también los numerosos comentarios sobre ese tema en Peter Kramer, *op. cit.*, y en las obras de Édouard Zarifian.

122. H. Dufour, art. cit., p. 433. "Los medicamentos serotoninérgicos operarían sobre el tiempo de presentación de la idea atormentante o de aparición del ritual", estima Patrice Boyer, mientras que "el efecto antiobsesivo [...] es más específico, dado que son los únicos productos eficaces", *Académie de la sérotonine, Bulletin* nº 2, septiembre de 1995, pp. 28 y 37. L. Israël insiste sobre "la relación particular con el tiempo que se encuentra en la mayor parte de los deprimidos [...] El tiempo no pasa nunca, se vuelve largo", *op. cit.*, p. 161. Se encuentra otra vez la vieja relación entre agobio y melancolía. Véase J. Starobinsky, *La Mélancolie au mirroir-Trois lectures de Baudelaire, op. cit.*, y M. Huguet, *op. cit.*

123 Sobre la necesidad de controlar mejor la publicidad, véase É. Zarifian, *op. cit.*

124 A. Carlsson, "Monoamines of the central nervous system: a historical perspective", artículo citado.

o Donald Klein, por ejemplo, estiman que munerosas personas bajo tratamiento de *Prozac* esperan en vano los efectos milagrosos de un producto cuya eficacia supone revelar antes que nada el *wishful thinking*.[125] Una encuesta sociológica por entrevista con personas bajo tratamiento antidepresivo demuestra que la eficacia del *Prozac* es muy variable y que la decepción no es rara, sino extendida.[126] Los ISRS son exactamente como todos los antidepresivos: su eficacia es variable.

El dominio del espíritu humano por medio de la acción farmacológica no es algo que puede realizarse ni mañana ni pasado mañana. En 1964, François Dagognet había consagrado sus buenas páginas a las antiguas mitologías de la curación. El antidepresivo ideal es su vástago moderno. Nos hace flotar en la magia de los poderes taumatúrgicos, la misma del "chaman" [que] curaría con un soplo, una poción, una mixtura, un destructor incisivo". "No nos resulta suficiente, agregar, separar la creencia imperceptible que podría [...] germinar: un comprimido semejante restauraría el alma, animaría el gusto de vivir, suscitaría un júbilo repentino."[127] Ningún medicamento, psicotrópico o no, es un filtro todopoderoso que bastaría aplicar a una enfermedad o a otra entidad mórbida para ponerle fin.

Se me perdonará, tal vez, esta muy mala noticia: la capacidad todopoderosa anunciada para los antidepresivos es el cobertor de una enfermedad incurable, como vamos a descubrirlo ahora. Todo se convierte en depresión porque los antidepresivos actúan sobre todo. Todo es tratable, pero se sabe muy bien que no todo resulta igualmente curable. Al mismo tiempo que el conflicto se pierde de vista, la vida se transforma en una enfermedad identitaria crónica. Nos es necesariamente un mal, pues nuestras individualidades están perfectamente construidas para soportar esta "enfermedad", pero es mejor saber qué es lo que recubre.

125 J. Cole y D.-F. Kline, en D. Healy, vol. I, *op. cit.*, p. 258 y 351-352. Algunos investigadores estiman que la búsqueda de los antidepresivos más eficaces se encuentra limitada por la hipótesis monoaminérgica que esteriliza la inventiva sobre vías demasiado banalizadas. Véase, en particular, Leo E. Hollister, "Strategies for research in clinical psychopharmacology", en Meltzer, *op. cit.*, pp. 34-35.

126 D. Karp, "Taking anti-depressant medications: resistance, trial, commitment, conversion disenchantement, *Qualitative Sociology*, vol. 16, nº 4, 1993. Es, en mi conocimiento, el único trabajo sobre el uso de antidepresivos. Sobre las relaciones ambivalentes que mantienen los pacientes con sus psicotrópicos, véase la encuesta etnológica de C. Haxaire y col. "«C'était pas comme une drogue, si vous voulez, mais en fin»- Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie", en A. Ehrenberg (dir.), *Drogues et medicaments psychotropes-Le trouble des frontières*, Paris, Editorial Esprit, 1998. Claude Haxaire, por su parte, también es farmacólogo.

127 F. Dagognet, *Le Raison et les remèdes*, *op. cit.*., p. 328.

Capítulo VII

EL SUJETO INCIERTO DE LA DEPRESIÓN Y LA INDIVIDUALIDAD DE FIN DE SIGLO

La capacidad de actuar sobre sí mismo es el nudo de la socialización, la acción paralizada el trastorno fundamental de la depresión. A partir de allí se diseñan las dos formas de apreciar la situación: una que trata *lo que tiene* el sujeto; la otra que no tendría más *que* hacer un sujeto. La controversia entre Janet y Freud se reinicia un siglo más tarde en un contexto normativo y psiquiátrico por completo diferente. Si la depresión es claramente la doble manifestación patológica de la liberación psíquica y de la iniciativa individual, se produce otro tipo de desgarramientos internos diferentes de los del conflicto. A nivel psiquiátrico, la controversia central de nuestros días en materia de depresiones es el lugar que se da a los antidepresivos en estos "estados" indefinibles, clasificables sobre bases múltiples, pero sobre todo recurrentes, reincidentes, crónicos.

Las delicadas relaciones entre la insuficiencia y el conflicto se plantean con particular agudeza a propósito de las nuevas moléculas, lanzadas al mercado con todo un *marketing* idóneo. Por un lado, suscitan esperanzas fantasmagóricas pues, como sostienen numerosos artículos, parecen repartir eficazmente las cantidades de energía en "los aparatos psíquicos", actuando sobre los afectos ansiosos y depresivos, es decir sobre prácticamente todas las dolencias y todas las disfunciones posibles. Estas moléculas vuelven a la persona más tónica y menos ansiosa, más dueña de sí misma, se encuentre o no enferma. Por otro lado, el de la psicopatología, el tono es de abierta inquietud. En 1996, la *Revue internationale de psycopathologie* se interroga: ¿Es necesario disponer de un diagnóstico psicopatológico cuando el producto no ha sido concebido *en respuesta* a estados (depresión, ansiedad, disociación, etc.) sino más bien a engendrar nuevos estados mentales sin dependencia ni amenaza sobre la integridad psíquica del sujeto?"[1] Se supone que las sustancias que engendran

1 "Editorial", *Revue internationale de psychopathologie*, nº 21, 1996, "Les médicaments de

estos estados no representan peligros de depedencia ni de toxicidad, por lo tanto no habría necesidad de un diagnóstico que permitiese advertir la patología subyacente a un síndrome: basta con repartir las energías disminuidas o mal reguladas por medio de un psicotrópico. Nadamos aquí en el mito de la droga perfecta, es decir, en la imposibilidad de decidir si se trata de una droga o de un medicamento.

Los ISRS engendran el temor de una disgregación química de los dilemas que modelan la subjetividad. En la medida en que se dispone de medicamentos aplicables tanto a graves patologías como a pequeñas afecciones, la inutilidad del diagnóstico haría que fuese prácticamente realizable la pesadilla de una sociedad compuesta de individuos "farmacohumanos", si puedo permitirme esa expresión, es decir, una categoría de personas que no estaría sometida a las condiciones habituales de la finitud.

Esta creencia en las posibilidades infinitas de las neurociencias y de la farmacología es perfectamente irrealista. Inviste a estas disciplinas de poderes sobre las patologías y, más extensamente, sobre las personas, de las cuales carecen en verdad. Y no están cerca de conseguirlos ya que, como lo reconocen los propios biólogos y psiquiatras, enlazar un "rótulo biológico" a una entidad clínica es un fracaso. No parece que las nuevas vías de exploración o las nuevas hipótesis sean actualmente muy prometedoras. Además, esta creencia revela la confusión entre el progreso de la investigación y el de la psiquiatría. En efecto, la psiquiatría es una medicina, su función es curar. No se sitúa entonces en el mismo plano que la investigación biológica. Que se espere un completo dominio de sí mismo por parte del sujeto (despertando su fuerza interior por una molécula) o que se la tema (porque reduciría lo humano a su bienestar corporal en lugar de hacerlo libre) es, de todas formas abusivo.

En principio, está claro que en farmacoterapia, los antidepresivos están lejos de haberse convertido en medicamentos ideales. Quedan tres obstáculos para superar, si se ha de creer en una entrega de *Drugs*, de 1996: obtener una eficacia superior a los tricíclicos, un inicio de la acción más rápido y una eficacia regular en el tratamiento de las depresiones resistentes.[2] Los antidepresivos se convierten en medicamentos confortables, lo cual es otra cosa.

En segundo lugar, a partir de la década de 1980, se constata un hecho por parte de la epidemiología psiquiátrica, sobre el problema de la eficacia de los diagnósticos: depresiones resistentes, recaídas, reincidencias, cronicidad,

l'esprit", coloquio de Lyon, octubre de 1994. Subrayado por la redacción. En 1994, un artículo dedicado a los ISRS en la *Revue du praticien* estima que las psicoterapias deben ser practicadas en las "depresiones complicadas, aparecidas sobre un fondo de personalidades patológicas, o en depresiones crónicas. Por el contrario, la depresión de «todo tipo» [...] debe ser tratada, de primera intención, con antidepresivos", T. Bougerol, "Antidépresseurs de génération récente", *La Revue du praticien*, "Actualité des médicaments psychotropes", 1° de noviembre de 1994, vol. 44, n° 17, p. 2293.

2 H.-J. Möller y H. P. Volz, "Drug treatment of depression in the 1990s-An overview of achiviements and futures possibilities", *Drugs*, 52 (5), noviembre de 1996, p. 625. Se trata de un tema recurrente.

constituyen la regla general. La curación entra en crisis. Es éste un tema recurrente en la literatura, pero que no he encontrado en las polémicas públicas sobre la depresión, es decir que no salen en la prensa. Desde este punto de vista, la opinión pública está mal informada: se ha situado en un plano moral lo que pudo ser discutido perfectamente en un nivel práctico. Estas polémicas han confundido el mensaje publicitario con el de la investigación psiquiátrica, incluso con la de aquella financiada por la industria, cuyos resultados pueden consultarse. No hay ninguna razón real para temer un eclipse del sujeto. Por el contrario, existen motivos para darse cuenta de las transformaciones de la subjetividad. La asociación con la cronicidad y el ambiguo status de los antidepresivos, entre drogas y medicamentos, servirá de hilo conductor.

La crisis de la curación y la declinación de la referencia al conflicto sugieren que la individualidad contemporánea no es tan sólo otro dato más en el horizonte de la curación: ha sido acompañada y transformada por toda suerte de aspectos en la larga duración. Simultáneamente, nuestra sociedad ha abandonado políticamente la idea de la buena solución (de allí la crisis de la división entre derecha e izquierda). El conflicto ya no estructura la unidad personal y social, sus mensajes no proporcionan en absoluto las consignas adecuadas para conducir a la acción. Los dos niveles de la crisis de curación en psiquiatría y de la "desconflictivización" tanto de lo psíquico como de lo social diseñan nuestra nueva psicología colectiva. En ella, el sujeto no se encuentra moribundo, sino cambiado.

La diabetes mental

Las dudas se ponen a la luz en la literatura psiquiátrica.[3] Los psiquiatras –es una inflexión en la materia en relación a los años 1960 y 1970– se interrogan

3 Entre otras revistas psiquiátricas, utilizo aquí *L'Encéphale* porque es *la* revista psiquiátrica universitaria de Francia y porque sus numerosos números especiales son subvencionados por laboratorios farmacéuticos. Una experta psiquiatra americana independiente ha retomado el conjunto de estudios hechos sobre los ensayos de doble prueba que comparan una molécula con un placebo. Demuestra que "existen buenas razones para creer que la mayor parte de los estudios sobre los antidepresivos no han sido efectivamente realizados en verdaderas condiciones de doble prueba" (S. Fisher y R. - P. Greenberg, "Examining antidepressant and effectiveness: findings, ambiguities, and some vexing puzzles", en S. Fisher y R.-P. Greenberg (dir.), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress. Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Hilsdale, Hove and London, LEA, p. 10). La utilización de placebos inactivos, que no provocan ninguna sensación desagradable al paciente, es su principal recurso. Los autores estiman que falta una "evaluación científica adecuada para estas moléculas", p. 29. La conclusión de los nuevos estudios reunidos en este volumen (sobre la ansiedad, el electroshock, la ritalina, la esquizofrenia, etc.) es que no existe "evaluación equitativa y racional" en la psiquiatría biológica. Los obstáculos más importantes son "el fracaso del empleo de placebos inactivos, la extrema selectividad de las muestras y la vaga miasma de definiciones de lo que significa un nivel de efecto «terapéutico»", "A second opinion: rethinking the claims of biological psychiatriy", p. 322. Me gustaría ver, sin embargo, en la investigación psiquiátrica francesa una precisión semejante en el análisis de los datos.

sobre la curación. La depresión se vuelve ahora una enfermedad de la transmisión neuroquímica, pero en el cambio sigue resistiendo.[4] En nuestros días se la define como una enfermedad reincidente, con tendencia a convertirse en crónica. ¿Ha aumentado la duración de la depresión? ¿Se ha sido demasiado optimista luego del descubrimiento de los antidepresivos. Examinemos los hechos antes que las explicaciones.

La crisis de la curación

Las tres cuartas partes de los pacientes que han conocido un episodio depresivo no han recuperado el equilibrio psicológico que tenían antes, 20 % de las depresiones se tornan crónicas y 20 % se resisten a los tratamientos.[5] Según las encuestas ECA de los Estados Unidos, del 50 al 85 % de los pacientes refirieron episodios anteriores o alcanzaron un estado inferior al que gozaban antes. La frecuencia de las recaídas se nota en todas partes. Una conferencia de consenso organizada por la Asociación Americana de Psiquiatría[6] evalúa entre 50 % y 80 % el porcentaje de personas que, al menos una vez, sufrieron una recaída en su vida posterior a un episodio depresivo, y un 50 % en el plazo de dos años.[7] Todos los estudios epidemiológicos confirman los pronósticos desfavorables de las depresiones.[8] Un síntesis de estos estudios muestra que las depresiones, a pesar de los resultados heterogéneos debidos a poblaciones, nosografías y métodos diferentes, tienen un carácter recurrente en las tres cuartas partes de los casos. El 50 % de los pacientes reincide dos años después de su episodio depresivo; el 20 % se torna crónico, de 15 a 20 % no conoce sino remisiones parciales.[9] El consenso sobre la proporción es indudable: la mayor parte de los pacientes no recuperan su equilibrio anterior, una significativa minoría no conoce más que remisiones parciales y una amplia mayoría reincide o bascula en la cronicidad. De allí, un alargamiento en la duración de las prescripciones, técnicamente posible gracias a lo confortable de los antidepresivos existentes en el mercado a partir de la segunda mitad de los setenta, en particular los ISRS. "Los trastornos depresivos, afecciones frecuentes si las hay, son curables al precio de tratamientos donde el bienestar y la inocuidad no dejan de mejorar",

4 Actas del coloquio internacional "Las depresiones resistentes a los tratamientos antidepresivos", Paris, enero de 1986, *L'Encéphale*, XII, sp., octubre de 1986.

5 J.-M. Chignon, M. Abbar, "Traitement du deprimé...", artículo citado, p. 195. Véase también T. Bougerol y J.-C. Scotto, "Le déprimé: rémission ou guérison?", *L'Encéphale*, XX, abril de 1994.

6 "Practice guideline for major depressive disorder in adults", *American Journal of Psychiatry*, 150, nº 4, 1993: "no realiza un censo de los argumentos a favor de prosecusión del antidepresivo con miras profilácticas", J.-M. Vanelle y A. Féline, "Arrêt du traitement medicamenteux dans la dépression", *L'Encéphale*, XX, abril de 1994, p. 225.

7 H. Cuche, A. Gerard, "Antidépresseurs: benefices/risques", artículo citado, p. 210.

8 T. Bougerol y J.-C. Scotto, artículo citado, p. 233. "La depresión es un trastorno reincidente, si no de por vida, para la mayor parte de los pacientes", P.-E. Stokes, "La flouxétine: revue de cinq années d'utilisation", *Nervure*, VI, nº 10, diciembre de 1993-enero de 1994.

9 H. Cardot, F. Rouillon, "Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique)", *L'Encéphale*, vol. XXI, sp., II, marzo de 1995.

escriben los psiquiatras.[10] Pero agregan: "¿Puede hablarse siempre de curación, o sería más inteligente adelantar solamente el término remisión?"[11] La mejora a largo plazo aparece muy modesta. El bienestar proporcionado por los ISRS y su débil toxicidad reducen los inconvenientes de la cronicidad. No se trata por cierto de un resultado despreciable, pero es posible, también, preguntarse si no existen numerosos casos en los que ese efecto no facilita la confrontación de eventuales conflictos de los cuales la depresión es el resultado.

No sólo se alarga la duración de los tratamientos, sino que también es importante el porcentaje de pacientes que ingieren antidepresivos en dosis mínimas durante años, una vez concluido el episodio depresivo. Éste es el resultado del retorno de los síntomas al finalizar el tratamiento.[12] Habría así una tendencia a la cronicidad de los trastornos: la disminución de los síntomas bajo los antidepresivos ya no aparece, y es un eufemismo, como el equivalente de una curación.[13] La importancia de las descripciones inadecuadas, malas observaciones de los tratamientos en medicina general,[14] patologías asociadas (sobre todo, el alcoholismo crónico) rasgos de personalidad patológica, etc., las razones son múltiples. Pero es incluso la noción misma de curación la que es incierta, pues ella "puede afirmarse o negarse según se haya retenido tal o cual criterio".[15]

Numerosos autores, entonces, dirigen su atención a los tratamientos de mantenimiento[16] –los tratamientos profilácticos de las depresiones recurrentes. La mayor parte de estos pacientes deberían beneficiarse con un tratamiento de este tipo, pero hasta su duración está sujeta a discusiones: para algunos, el tratamiento puede ser proseguido la vida entera, para otros, el período tope son cinco años,[17] pero los criterios revelan más intuición clínica

10 T. Bougerol y J.-C. Scotto, artículo citado, p. 232.

11 *Ibid.*, p. 232. "La evolución de los estados depresivos no psicóticos, por lo general, se [realiza] en el sentido de la aparición de recaídas en la inmensa mayoría de los casos, o en el sentido de la cronicidad", p. 231.

12 H. Cuche, A. Gérard, "Antidépresseurs: bénéfices/risques", artículo citado, p. 205.

13 "Declarar a un paciente curado de su depresión significa declararlo curado de su episodio y no de la enfermedad misma", M.-F. Poirier, "Critères psychobiologiques de guérison", *L'Encéphale*, XIX, 1993, p. 451.

14 R. Olivier-Martin, "Facteurs psychobiologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs", *L'Encéphale, ibid.*, p. 198.

15 P. Hardy, "Notion de dépression résistante", *L'Encephale*, XII, sp., octubre de 1986. Actas del coloquio internacional "Las depresiones resistentes a los tratamientos antidepresivos" (Paris, 17 de enero de 1986), p. 198.

16 Véase S. Montgomery, F. Rouillon (editor), *Long-Term Treatments of Depression*, London, John Wiley and Sons, 1993. J.-P. Lépine piensa que "en el dominio de los estados depresivos los términos como recaída o reincidencia han sido definidos, a lo largo de estos últimos años, de manera mucho más precisa, lo cual, innegablemente, ha autorizado a llevar adelante ensayos a mediano y largo plazo, orientados a prevenir esa eventualidad", "Les apports de l'épidémiologie à la clinique", en P. Pichot y W. Rein (dir.), *op. cit.*, p. 151.

17 "La cuestión de la duración del tratamiento parece que todavía no ha sido claramente elucidada", J. Dalery y D. Sechter, "Traitement prolongué d'antidépresseurs", *L'Encéphale*, XX, abril de 1994, p. 209. Véase también D. Sechter, "Les effetts cliniques à long terme des antidépresseurs", *L'Encéphale*, XXI, sp. II, marzo de 1995.

que resultados estandarizados. Se ve, en todo caso, que se proponen tratamientos de por vida por un solo episodio depresivo si el paciente tiene más de cincuenta años, por dos episodios si tiene más de cuarenta, y por más de dos por debajo de esa edad.[18]

En una evaluación de la eficacia a largo plazo de los antidepresivos, los autores resumen su posición con una evidente contorsión argumental: "Los análisis procedentes de seguir más de cinco años el tratamiento entre pacientes que responden a la imipramina, muestran el crecimiento del riesgo de recaída al concluir el tratamiento, pero no objetivan por un efecto profiláctico verdadero de los antidepresivos, sin probar, sin embargo su eficacia, lo que invita ante todo a revisar la noción clínica de respuesta."[19] Se habrá notado, asimismo, la interrogación sobre la naturaleza de la acción antidepresiva y la respuesta clínica. En 1993, un comité de trabajo del CINP encontró un interés por la quimioterapia de mantenimiento, pero dejó toda latitud al prescriptor. Los estudios llevados adelante en el curso de los años 1980 "no reportan más que una tasa muy relativa de éxito del mantenimiento psicotrópico, en especial relativa al efecto placebo".[20] Se contenta con afirmar buenamente que es "antidepresiva toda molécula que mejore los síntomas característicos de la depresión, mejor de lo que lo hace el placebo".[21] ¿Pero en qué porcentaje? ¿Para cuántos pacientes? ¿Y qué hacer en los casos en que el placebo es más eficaz que la medicación?

Está claro que la insistencia sobre la necesidad de asociar a los antidepresivos a la cura implica una asunción que sigue siendo constante, "no parece disminuir los riesgos de las recaídas. Quizá permitiría, simplemente, una mejor observación del tratamiento por parte del paciente".[22] La psicoterapia se convierte así en un potencializador de la quimioterapia. Por otra parte, las psicoterapias más recomendables de hoy son comportamentales o cognitivas. Ahora bien, estas terapias revelan un modelo claramente deficitario.[23]

La banalización excesiva de la prescripción es un riesgo reconocido: los

18 Citado por A. Féline y J. M. Vanelle, artículo citado, "Los estudios generales sobre la población han demostrado que al menos un tercio de las depresiones son crónicas, y que la mayor parte de las restantes son recurrentes", escribe H.-S. Akiskal, "Personalité pathologique, tempérament et dépression", *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, marzo de 1995, p. 47. El estudio de referencia sobre los tratamientos de larga duración es el de D.-J. Kupfer, E. Frank *et al.*, "Five years outcome for maintenance therapy in recurrent depressions", *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, pp. 769-773. Véase también G.-B. Cassano, C. Maggini y E. Longo, "Les dépressions chróniques", *L'Encéphale*, nº 5, 1979.

19 D. Pringey*et al.*, "L'eficacité des antidépresseurs et des thymorégulateurs dans l'évolution a long terme des dépressions", *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, marzo 1995, p. 61.

20 *Ibid.*, p. 69. Esto confirma el inmenso trabajo efectuado bajo la dirección de Fischer y Greenberg, *op. cit.*

21 H. Cuche, A. Gérard, artículo citado, p. 206. El trabajo de referencia para la profundización de todos los problemas es el realizado bajo la dirección de Greenberg y Fischer, *op. cit.*

22 H. Cuche y A. Gérard, *ibid.*, pp. 205 y 211.

23 "El «sujeto» aparece cada vez menos tomado en consideración, incluso en ciertas formas nuevas de «psicoterapias»". Texto introductorio al coloquio "El porvenir de la psiquiatría privada", *Psychiatries*, nª 114-115, 1996, p. 6.

antidepresivos "no están desprovistos de efectos secundarios y potencialidades a largo plazo que conocemos mal".[24] En efecto, los tratamientos prolongados pueden tener efectos negativos sobre la memoria y las funciones cognitivas, las tasas de suicidios parecen más elevadas en los grupos de pacientes tratados con antidepresivos que los tratados con placebos, y no se conoce gran cosa sobre los efectos a largo plazo sobre las monoaminas cerebrales y los sitios receptores de las neuronas que las sintetizan. No existe ningún criterio para una estrategia terapéutica global: queda librada al clínico la evaluación de los beneficios y de los inconvenientes[25] en sus coloquios con el paciente. Sin embargo, muy pocos deprimidos consultan, entre ellos una parte recibe malos tratamientos, y lo que se plantea como un diagnóstico correcto rara vez tiene un tratamiento adecuado.[26]

El problema del abandono de la molécula en un tratamiento con un antidepresivo prolongado es un problema que se detecta regularmente en nuestros días. "Ha sido reportado por numerosos autores y podría observarse en más del 20 % de los pacientes". De allí "la cuestión de una eventual dependencia física o psíquica en el tratamiento por antidepresivos".[27] En el caso de los IMAO pueden observarse síndromes de abstinencia, a causa de sus efectos psicoestimulantes. Pueden llevar a los médicos a prescripciones de largo plazo.[28] Estas prescripciones pueden conducir por sí mismas a una dependencia: "Todos estos datos claman a favor de una dependencia psíquica en fuertes dosis."[29] Manifiestamente, el mejor tratamiento de la depresión es reducir los síntomas y la duración del episodio depresivo, pero no se avanza nada en materia de curación. "Está lejos de ser clara la noción de curación en

24 D. Sechter, "Les Effets cliniques à long terme des antidépresseurs", *L'Encephale*, vol. XXI, sep. II, marzo 1995, p.1.

25 Véase J.-C. Scotto, "Introduction" a "La durée des traitements de dépression", *L'Encephale*, vol. XXI, sp. II, marzo de 1995, p. 1.

26 *Ibid.*, p. 38. Referencia a Task Force CINP, "Impact of neuropharmacologie in the 1990's. Strategies for the therapy of depressive illness" *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 3, 1993. Según Arthur Tatossian "el verdadero problema planteado por la frecuencia de la depresión en la población, ahora bien establecida, es que deprimidos tan numerosos consulten tan poco y tan tarde", artículo citado, p. 262.

27 J. Dalery, D. Sechter, artículo citado, p. 212.

28 J.-M. Vanelle, A. Féline, artículo citado, p. 226. Para René Tissot, "los IMAO son los únicos antidepresivos respecto de los cuales sabemos con certidumbre [...] que pueden entrañar una elevación del humor entre sujetos que no están deprimidos en absoluto", "Indicateurs biologiques et prises de décision thérapeutiques", *Psychologie médicale*, vol. 16, nº 4, 1984, p. 623. Para una síntesis destinada a médicos generalistas, véase M. J. Giraud, E. Lemonnier, T. Bigot, "Pharmacodépendance et psychotropes", *La Revue du praticiens*, vol. 44, nº 17, 1º de noviembre de 1994: "La dependencia psicológica parece ser uno de los factores más poderosos en la intoxicación crónica y en la farmacodependencia. Numerosos factores lo atestiguan", p. 2229. "El riesgo de desarrollar una farmacodependencia es difícil de limitar", p. 2330. "Se sabe [...] desde hace tiempo, de dependencias no selectivas de los IMAO", "Depresión", *La Revue du praticien*, tomo 10, nº 342, 20 de mayo de 1996, p. 51.

29 M.-F. Poirier, D. Ginestet, "Médicaments détournés à des fins toxicomaníaques", *La Revue du praticien*, vol. 45, nº 11, 1995, p. 1365. No se han reportado síndromes de abstinencia para los ISRS.

psiquiatría", constatan dos psiquiatras.[30] Existe entonces un contraste muy neto entre las promesas de la psicofarmacología y el consenso de la psiquiatría sobre la crisis de la curación. Entre fines de la década de 1970 y fines de la de 1980 se produce un giro completo en torno a la cuestión de las moléculas antidepresivas.[31] Prescriptas para la mayor parte de los trastornos mentales, compensan del mejor modo posible una insuficiencia personal, sin poder curarla.

Distimias y antidepresivos o el entierro de la neurosis

El alargamiento de los episodios depresivos no es percibido de inmediato por una epidemiología mejor preparada, resulta más bien de una atracción en la órbita de la constelación depresiva que revelaba la neurosis. "Muchas estructuras psíquicas resistentes provienen de estructuras psíquicas neuróticas", declara Deniker en 1986.[32] Es ésta una constante.[33] Esta oscilación tiende a una constatación de que los antidepresivos actúan sobre numerosos trastornos ansiosos mucho más eficazmente que los BZD, y por el reciente crecimiento de temas como la "ansiodepresión" y las "distimias". La extensión de los blancos de los antidepresivos y el retroceso de la neurosis convierten a la depresión en una patología identitaria crónica.

Los antidepresivos "aparecen cada vez más como medicaciones «antineuróticas»".[34] *Medicación antineurótica,* he aquí un vector esencial no solamente

30 H. Cardot, F. Rouillon, "Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique)", *L'Encephale*, vol. XXI, sp. II, marzo de 1995, p. 51.

31 En 1978, R. Tissot podía escribir: "Entre la acción exitosa de un antidepresivo en el melancólico y la transformación del esquizofrénico por medio de los neurolíticos existe la misma diferencia que entre la curación de una neumonía con un antibiótico y la compensación de una insuficiencia cardíaca con digital", "Quelques aspects biochimiques du concept d'inhibition en psychiatrie", artículo citado, p. 517.

32 P. Deniker, *L'Encéphale*, *op. cit.* p. 188. "Los rasgos de personalidad neurótica eran un factor de evolución desfavorable", H. Cardot, F. Rouillon, artículo citado, p. 55. "Una parte de los trastornos neuróticos a los cuales antes se calificaba como ansiosos, en nuestros días se llaman depresiones crónicas ligeras", Y. Lecrubier y G. Jourdain, "Description de troubles dépressifs légers chez 3090 consultans de médecine générale", *Semaine des hôpitaux*, vol. 66, nº 12, 22 de marzo de 1990, p. 656.

33 T. Bougerol y J. C. Scotto: "La aparición, a finales de los años '60, de tratamientos eficaces para los estados depresivos, iba a conformar esta idea de una depresión «banal», afección transitoria, curable en la mayor parte de los casos y no necesitada de un tratamiento puntual [...] Otros trastornos depresivos, caracterizados por la tendencia a la cronicidad o por la aparición de recaídas, escapaban a estas consideraciones [...] Pero su carácter particular, por la coexistencia *quasi* sistemática de trastornos asociados de la personalidad de orden neurótico, permitió fácilmente hacer de ella más una patología de la personalidad que una enfermedad afectiva propiamente hablando (depresiones neuróticas)", artículo citado, p. 233.

34 J.-P. Boulenger e Y.-J. Lavallée, "Attaques de panique, trouble panique et agoraphobie", "La anxiété", *Confrontations psychiatriques*, nº 36, 1995, p. 73. El subrayado es mío. Véase también J.-P. Boulenger (dir.), *L'Attaque de panique: un nouveau concept?*, Editor Jean Pierre Goureau, sl, sd (1987), como también J.-L. Martinot, F. Raffaitin y J.-P. Olié, "Attaques de panique et dépressions anxieuses", *L'Encéphale*, XII, 1986.

del incremento del diagnóstico de la depresión, sino también un cambio de significado de la depresión. Herman van Praag lo dice claramente: "Los ISRS son la primera generación de medicamentos que afectan verdaderamente los rasgos de la personalidad."[35] De allí la cuestión planteada por muchos: "Lo más importante es que los ISRS nos fuerzan a confrontarnos con problemas de saber si el uso de medicamentos psicotrópicos debe ser restringido al tratamiento de enfermedades o extendido a la modificación de comportamientos, incluso a volver la vida más agradable."[36] Para los psiquiatras, actuar sobre una neurosis equivale a actuar sobre la personalidad.

El DSM-III había dividido a la neurosis entre ataque de pánico y trastorno de ansiedad generalizado porque se había probado que los antidepresivos actuaban eficazmente sobre el primero. En la actualidad, resultarían igualmente eficaces para el segundo, y para la mayor parte de los trastornos ansiosos. Y para rematar el cuadro, actuarían tanto sobre las psiconeurosis de defensa (histeria y neurosis obsesional). Dos categorías psiquiátricas son claves de la redefinición de las neurosis por la depresión: los trastornos *ansiodepresivos* y los trastornos *distímicos.*

Desde el descubrimiento de los antidepresivos, se considera generalmente que los pacientes respondían mejor a estas moléculas cuando se podía clasificar su depresión como endógena (algo así como una melancolía, pero menos grave) y mucho menos si se trataba de una depresión neurótica (psicógena). Este síndrome depresivo tiene tendencia a la cronicidad –no es un *episodio* depresivo– dado que resulta de la personalidad misma, la cual puede ser abordada en términos de conflictos psíquicos inconscientes no resueltos (Freud) o de déficit (Janet). Estas depresiones crónicas, desde el momento en que son consideradas como trastornos de la personalidad, debían ser consideradas desde un modo esencialmente terapéutico.

La distinción entre ansiedad y depresión, que se planteaba, como se recordará, dificultades diagnósticas, sobre todo para la medicina general, desaparece con la invención de los ansiodepresivos.[37] Se la sustituye por la noción de depresiones neuróticas reaccionales.[38] Muy extendidos en medicina general,[39] estos estados son crónicos[40] y muy invalidantes en la vida cotidiana. Estos estados, "calificados de neuróticos en otro momento" son una "gigantes-

35 H. van Praag, en D. Healy, vol. I, *op. cit.*, p. 364.

36 Thomas Ban, en *ibid.*, p. 617, como también A. Carlsson, pp. 76-77. H. Lehmann, pp. 184-185, J. Angst, p. 302, D.-F. Klein, pp. 351-352, M. Lader, p. 480.

37 Édouard Zarifian subraya que "numerosos esfuerzos se han desplegado para conseguir que el concepto anxiodepresión sea reconocido en la clasificación de la OMS; es cosa hecha", *op. cit.*, p. 220.

38 J.-M. Chignon, "Le syndrome anxiodépressif: une realité clinique fréquente", *La Revue du praticien*, tomo 5, nº 139, 27 de mayo de 1991, p. 1275. Para un síntesis, véase P. Hardy, "La anxiété dans ses rapports avec la dépression", "Autour la dépression", Congreso de New York, septiembre 1988, *Confrontations psychiatriques*, 1989.

39 "Este fenómeno, bien conocido por los clínicos generalistas, es más raro en el campo de la psiquiatría [...] Representa una mayoría de pacientes recuperados", Chignon, *ibid.*, p. 1275.

40 M. Lejoyeux, "Une nouvelle entité pathologique", *Panorama du médecin*, 4 de noviembre de 1996.

ca trastienda".[41] Toda epidemiología psiquiátrica constata la importancia mórbida de los trastornos ansiosos y depresivos.[42]

La noción de distimia se debe al psiquiatra Hagop Akiskal, y figura en el DSM-III.[43] En los años 1970, demostró que una parte importante de las depresiones crónicas de origen psicógeno pertenecen al cuadro general de trastornos del humor. Los pacientes "tienen el aspecto de estar deprimidos por la vida [...] y estaban condenados al diván porque no había otro tratamiento."[44] El DSM-III suprime la depresión neurótica y la reemplaza por los trastornos distímicos. Estos pacientes responden mejor a los ISRS que a otros antidepresivos.[45] El razonamiento dimensional, como el razonamiento sindrómico tornan inútil la referencia a la neurosis. La dupla distimia-ISRS permite aplicar la quimioterapia al tratamiento de un trastorno de la personalidad ¿Qué es lo específico de esta personalidad?". No un conflicto en el que la irresolución explica la cronicidad, sino un temperamento, un carácter, o un destino. La dificultad de diferenciar entre endógeno y exógeno se supera porque ya no desempeña ningún papel en la elección del tratamiento.

La distinción entre el eje uno, que alista las patologías, y el eje II del DSM, que alista las personalidades patológicas, se pone en cuestión en la medida en que la larga duración del trastorno parece indicar que la personalidad del paciente está en crisis.[46] Estas depresiones se muestran acordes en un punto:

41 J.-P Boulenger e Y. Lavallée, "Anxiété ou dépression: dilemme diagnostique ou thérapeutique?", *Concours médical*, 15 de junio de 1991.

42 Para una encuesta francesa, véase J.-P. Lépine *et al.*, "L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population général française", "Épidémiologie et psychatrie", *Confrontations psychiatriques*, 1993, nº 35. Para una síntesis internacional véase, entre otros, J.-P. Lépine y J.-M. Chignon, "Épidémiologie des troubles anxieux et névrotiques", en J.-P. Lépine, H. Rouillon, J.-L. Terra (dir.), *op. cit.*

43 "Este concepto a la vez reciente y heterogéneo ha sido muy controvertido", P. Hardy, "Le traitment de consolidation. La situation des dysthimies", *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, marzo de 1995, p. 40. Si su definición cambia entre el DSM-III, el III-R y el IV, "el carácter crónico de la evolución sigue siendo una constante del trastorno distímico", p. 40.

44 Entrevista con Q. Debray, *Synapse*, nº 125, abril de 1996, p. 13. Según Julien Daniel Guelfi, "es probablemente en el dominio de los trastornos de personalidad y de los trastornos depresivos subsindrómicos que las relaciones de los antidepresivos y de las clasificaciones diagnósticas deberían evolucionar en los años futuros. En efecto, los trabajos concernientes a las relaciones del humor y la personalidad son cada vez más numerosos. Datos recientes muestran que los antidepresivos podrían modificar ciertas dimensiones de la personalidad", J. D. Guelfi y col., "Antidépresseurs et classifications diagnostiques chez l'adulte", *Psychiatrie, Les Cahiers FMC*, octubre de 1996, p. 10.

45 "La distimia responde muy bien a los serotoninérgicos. Creo que el *Prozac* tiene mucho que ver en esto", entrevista citada, p. 20.

46 Según P. Péron-Magnan, el temperamento se transforma a la moda vía la noción de personalidad depresiva. "Tempéramente y dépression", en J.P. Olié *et al.*, p. 184. "En la personalidad depresiva, el sentimiento depresivo es constitutivo de la vida psíquica y es, temporalmente, *infinito*", P. Péron-Magnan y A. Galinowsky, "La personalité dépressive", en A. Féline, P. Hardy, M. de Bonis (dir.), *La Dépression. Études*, Paris, Masson, 1990, p. 95. "El concepto de distimia es, *según la evidencia*, [el subrayado es mío] demasiado general, intermedio entre el eje I y el eje II. Ello implica la cronicidad de los trastornos, y los criterios que la definen están cercanos a los de rasgos de temperamento", p. 99. Allen Frances estima que, "por el

su pronóstico es muy malo. Su terapéutica debe llevarse a largo plazo, y el objetivo de la misma es "mantener la remisión, impidiendo la expresión sintomática de un proceso que se presume siempre activo".[47] Sin embargo, no existe ninguna evaluación de las prescripciones sobre semejante duración, y los efectos a largo plazo no son conocidos, como se recuerda una y otra vez. La falta del poder de curar, como en el caso de la locura, se mantiene.

Las moléculas confortables representan productos ideales para esta patología, no porque curen mejor, sino porque están mejor adaptados a una enfermedad crónica que los antiguos antidepresivos. Las distimias y los ISRS se refuerzan mutuamente: una forma clínica (una depresión ligera y de larga duración), un producto idóneo porque es confortable y tiene menos efectos de abstinencia que las antiguas moléculas. La psiquiatría estimaba que los antidepresivos podían ayudar a una neurosis a pasar un tramo especialmente difícil, o ayudarlo a afrontar sus conflictos subconscientes. La depresión era un aspecto de la neurosis, ahora la neurosis se ha disuelto en el campo de las depresiones. En contrapartida, éstas últimas se han vuelto crónicas. Todo es tratable, nada es curable.

En el punto de partida de todo este recorrido de sesenta años: un sujeto enfermo y curable tenía un humor doloroso; en el punto de llegada, una acción regularmente desarreglada y un individuo afectado crónicamente por su patología.

Una especie en vías de extinción: los capaces impotentes

En el frente del déficit, la tendencia a la cronicidad conduce a los psiquiatras a sustituir la noción de curación a cargo de los pacientes por el tema de la calidad de vida del paciente.[48]

El frente del déficit: ¿calidad de vida o dependencia?

En medicina, la calidad de vida es un tema clásico para los enfermos crónicos. La diabetes insulinodependiente es un ejemplo típico. En psiquiatría, el tema aparece en los Estados Unidos, en la década de 1960, relacionado con las

momento, los límites entre personalidad depresiva y las categorías existentes de trastornos del humor, no han podido ser claramente establecidos", Entrevista en *Psychiatrie internationale*, nº 6, 1993, p. 8.

47 P. Hardy, artículo citado, p. 41.

48 "Si el fin de la realización de un tratamiento antidepresivo permaneció por mucho tiempo limitado a la obtención de la curación (o a la remisión) del episodio depresivo, lo más completa y rápidamente posible, actualmente se deben considerar otros parámetros tales como: la restauración de la calidad de vida y del funcionamiento social, y la prevención de recaídas, de reincidencias y de complicaciones", J.-M. Chignon y M. Abbar, artículo citado, p. 196.

psicosis: ha servido para criticar las consecuencias de la salida en masa de los hospitales psiquiátricos, a saber, la insuficiencia de las estructuras que los reemplacen.[49] Primero Gran Bretaña, luego los países escandinavos, y finalmente toda Europa se interesan en el problema, pues se hace necesario permitir a los psicóticos vivir una vida cotidiana fuera del asilo. La calidad de vida se extiende luego a dos tipos de trastornos considerados como crónicos a partir de los años 1980: la ansiedad y la depresión.[50]

Ni salud ni bienestar, los útiles de la calidad de vida miden de modo estandarizado "lo que vive interiormente el sujeto"[51] y reorientan la atención hacia "la globalidad del paciente".[52] Los cuestionarios evalúan la distancia entre las aspiraciones del paciente y lo que estima que está viviendo, la tolerancia en relación con esta distancia, el juicio de valor que le merece su manera de actuar, etc.: "La noción de satisfacción [...] importa",[53] incluso la de bienestar.[54]

La calidad de vida es un medio de autonomizar al paciente en la cronicidad, como es el caso de todas las enfermedades crónicas.[55] El paciente ideal es "un interlocutor activo"[56] que sabe reconocer por sí mismo los primeros signos de una recaída, se hace cargo de reconocer su necesidad de apelar a su psiquiatra habitual, el cual, eventualmente, no tiene más que ajustar la posología del antidepresivo: "Una automedicación bien conducida es un buen testimonio de madurez psicológica en el paciente, tanto más que del talento pedagógico de su médico. Resume [...] la integración por parte del paciente de su propio programa terapéutico y la comprensión de este último, lo cual involucra hasta las transgresiones y sus ajustes necesarios y justificados."[57] El ideal de la alianza terapéutica consiste en transferir las competencias médicas del médico hacia el paciente. De este modo, la depresión forma parte de estas enfermedades crónicas, enfermedades que encuentran su solución en la asunción de sus problemas por parte del paciente.[58]

49 P. Lemoine, "Qualité de vie et psychose", en J.-L. Terra (dir.), *Qualité de vie subjective et santé mentale*, Paris, Ellipses, 1994, p. 45.

50 Véase, entre otros, P. Martin, "Le concept de qualité de vie dans la dépression", *Canal Psy*, nº 3, sd, consagrado a la calidad de vida.

51 P. Gérin, M. Sali y A. Dazzord, "Propositions pour une définition de «qualité de vie subjective»", en J.-L. Terra (dir.) *op. cit.*, p. 87. G. Besançon, "La qualité de vie chez le malade somatique grave et chez le transplanté", *Synapse*, nº 98, julio-agosto 1993.

52 *Ibid.*, pp. 87 y 88.

53. P. Lemoine, art. cit., p. 46. "Une recherche sur la QDV pose en fait la question du bonheur", p. 47.

54. P. Martin, "Le concept de qualité de vie: son évaluation en psychiatrie", *Synapse*, nº 98, *op. cit.*, p. 22. El autor es neurofarmacólogo. Sobre ese tema véanse también C. Sulin y P. Gérin, "Évaluation de la qualité de vie en santé mentale" y C. Martin y J. Tignol, "Évaluation de la satisfaction du client en psychiatrie", en F. Rouillon, J.-P. Lépine y J.-L. Terra, *Épidémiologie psychiatrique*, sl, sd (1995), Upjohn.

55 Véase C. Herzlich y J. Pierret, *Malades d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991.

56 P. Lemoine, artículo citado, p. 29. También P. Martin, artículo citado, p. 73.

57 R. Olivier-Martin, "Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitments antidépresseurs", *L'Encéphale*, octubre de 1986, *op. cit.*, p. 199.

58 Para un análisis de este tipo aplicado a todos los enfermos crónicos, véase J.-F. d'Ivernois, "Apprendre au patient à se soigner", *Le Monde*, 27 de abril de 1994. Para los enfermos afectados

Solamente algunos pacientes, puede leerse en *L'Encéphale*, "temen convertirse en dependientes de un medicamento, del mismo modo que luchan contra la culpabilidad que les provee sus deseo de independencia. Esta asimilación a "la droga" se refuerza por las recaídas estrepitosas al concluir el tratamiento. Este tipo de resistencias aparece a menudo en los tratamientos de largo plazo".[59] También en *L'Encéphale* se establece una constatación mitigada: "Se han realizado auténticos progresos en el tratamiento del deprimido, pero resulta paradójico constatar que la imipramina sigue siendo la molécula de referencia. Hemos adquirido interés, en un tratamiento depresivo prolongado, en la prevención de recaídas, pero no conocemos con precisión la duración ni los efectos a largo plazo. Reconocemos el interés de las moléculas antidepresivas en ciertos trastornos ansiosos, pero de este modo hemos aumentado los riesgos de la autoprescripción, de la «banalización»."[60] Por un lado, una mejor calidad de vida para los pacientes, por otro, el temor a la dependencia: estos dos fenómenos están íntimamente ligados. ¿Acaso la curación no supone el fin de un tratamiento en un momento u otro?

Si la psiquiatría tiene tendencia a emplear el modelo de diabetes insulinodependiente para neutralizar las dificultades de la noción de curación, los "deprimidos" se encuentran de ahora en más en la misma situación que los psicóticos: las fases agudas de la patología son bastante bien tratadas, pero la cronicidad es la regla. La constatación realizada por los psiquiatras se sitúa en las corrientes psicodinámicas[61] y psicofarmacológicas. Al final, escriben los psiquiatras de Sainte-Anne, "las benzodiazepinas han perdido su status de medicamentos [...] en provecho de una ayuda doméstica. Es de temer que los antidepresivos corran la misma suerte y que, como las benzodiazepinas, algunos de ellos induzcan a formas de dependencia con síndromes de abstinencia y usos abusivos, incluso toxicomaníacos".[62] El planteo se realiza de modo excelente, y no en una revista marginal de la psiquiatría, sino en *L'Encephale,* revista en la que publica (casi) toda la psiquiatría universitaria y de la cual cada número especial es auspiciado por la empresa farmacéutica. El antidepresivo abandona la categoría de medicamento al mismo tiempo que la depresión abandona la de enfermedad.

Los antidepresivos disminuyen más o menos la inseguridad identitaria de una persona, resintiendo crónicamente su insuficiencia,[63] y favoreciendo la

por dolores psíquicos crónicos, véase I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995. La autora consigna la importancia de las terapias cognitivo-comportamentalistas en el tratamiento del dolor crónico: el dolor es también un comportamiento y no tan sólo un estado objetivo (pp. 350-375).

59 P. Hardy, artículo citado, p. 201.

60 J. Dalery, H. Lôo, "Editorial", *L'Encéphale*, XX, abril de 1994, p. 176.

61 P.-A. Lambert, *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson, 1990, p. 56. Véase también É. Zarifian, *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 1988, p. 198. También S. Peele, *Diseasing of America, op. cit.*, p. 15, entre otros.

62 H. Cuche y A. Gérard, "Antidépresseurs: bénéfices/risques", artículo citado, pp. 206 y 207.

63 Galinowski y Péron-Magnan evocan "el sentimiento de impotencia, de inferioridad biológica" de la personalidad depresiva (art. cit., p. 97), esta "psicología de los vencidos", p. 105.

regulación de la acción en el momento de ser ingeridos –al menos cuando la depresión no resiste. El tratamiento de larga duración sustituye a la curación precisamente porque los antidepresivos son también medicamentos antineuróticos: ponen los conflictos. La extensión de su empleo conduce a hacer demasiado delicada la distinción entre un trastorno del humor propio de los que se sufren en un episodio depresivo, un síntoma neurótico que expresa los conflictos inconscientes de una persona, un temperamento resultante de los azares de la genética familiar y, demás está decirlo, diversos traumatismos sociales ligados a los modos de vida contemporáneos. Este análisis se encuentra tanto en las más prestigiosas revistas de psiquiatría como en los manuales de la misma especialidad y en la literatura destinada a los generalistas.

Esta situación paradójica, en la que el medicamento se inviste de poderes mágicos en tanto que la patología se vuelve crónica, obliga a una interrogación sobre los límites de la enfermedad. Se comprende que la distinción entre normal y patológico se haya convertido en un problema moral. En 1985, al introducir el número especial de la *Revue de praticien,* consagrada ese año a la depresión, Daniel Widlöcher hace sonar la alarma: "En materia de terapéutica, la cuestión queda planteada de ahora en más respecto de saber a partir de qué intensidad y de qué duración el estado depresivo debe ser tratado médicamente."[64] Y se plantea en medio de la boga de los ISRS, por parte de una de las personalidades de la psiquiatría francesa. El lanzamiento de nuevas moléculas solamente ha acelerado el movimiento, han lanzado el problema al ámbito público. Esta ambigüedad acompaña la salida de una problemática que llegaba de la insuficiencia al conflicto. Tiene como contrapartida la interrogación sobre la identidad de la persona: ¿está confortablemente drogada? La declinación de la figura del conflicto contribuye a relacionar, con razón y sin ella, la droga con el medicamento psicotrópico.

Usos abusivos de los medicamentos psicotrópicos, dificultades para concluir los tratamientos y riesgos de dependencia, todo parece ligarse a las fáciles recaídas terapéuticas de los progresos de las neurociencias. Como lo ha subrayado recientemente Pierre Pichot: "El trabajo hecho por las neurociencias es extremadamente impresionante. No lo discuto, pero hasta ahora ha representado muy poco en términos de aplicaciones clínicas concretas para la psiquiatría." Y agrega: "Esto nos devuelve a la definición del concepto de enfermedad y a sus límites. No hay una definición realmente satisfactoria."[65] De este tipo de comentarios, que no son raros, se desprende la debilidad de la teoría en la psiquiatría contemporánea. Satélite de las neurociencias, por un

64 D. Widlöcher, artículo citado (1985), pp. 1613-1614.

65 P. Pichot, en D. Healy, vol. I, *op. cit.*, pp. 17 y 22. J.-C. Scotto, al introducir un coloquio sobre la duración de los tratamientos que tuvo lugar en Marsella, en enero de 1994, escribe aún que la depresión sigue siendo "un vasto campo de contornos mal definidos" en el cual "siempre reina el empirismo: conceptos flojos, modelos rudimentarios. Tanto los criterios de elección de los medicamentos como los que orientan su posología, poco o nada tienen de científico", "Introducción", en "La durée des traitements de dépression", *L'Encéphale*, vol. XXI, sp. II, marzo de 1995, p. 1.

lado, en la medida en que carece ahora de su propia autonomía frente a ellas, obligada a responder a las demandas sociales, por el otro, la psiquiatría se encuentra en la necesidad de volver a pensar sus referencias: ¿cómo conceptualizar y definir la noción de patología mental en nuestros días?

El frente del conflicto:
la curación es un compromiso

El abordaje conflictual de la patología mental es evidentemente representado por el psicoanálisis. "La cura psicoanalítica nos ha mostrado que nos es necesario vivir a la sombra de la desesperación. Nuestros demonios no pueden ser expulsados ni enterrados: nos son precisos, como un atributo de la existencia humana. Si sabemos vivir con ellos, terminarán por ayudarnos."[66] Estamos en la problemática del reaprovechamiento de la relación consigo mismo y en la de la búsqueda del bienestar. La perspectiva de la curación está orientada a relativizar la parte del bienestar (animal) en provecho de la libertad (humana). El enfermo es ante todo un sujeto sufriente que no puede reconocerse curado más que integrando la enfermedad a su experiencia y a su propia historia.

La idea de curación se caracteriza, no por el retorno de la enfermedad al estado anterior, sino por el hecho de que el médico, el psicoterapeuta o la molécula se vuelven inútiles. Ahora bien, este momento es evidentemente un momento delicado de discernir y supone una suerte de sabiduría práctica, una especie de compromiso respecto del cual el sujeto participa con la ayuda de su terapeuta. Según Georges Canguilhem, que hace aquí una explícita referencia al psicoanálisis como trabajo, el papel del médico es practicar una pedagogía de la curación: "Esta pedagogía debería tender a obtener el reconocimiento por parte del sujeto del hecho de que ninguna técnica, ninguna institución, presentes o futuras, le podrá asegurar la integridad garantizada de sus poderes de relación con los hombres y con las cosas."[67] Canguilhem agrega que esta limitación es inherente a la condición de viviente, se encuentra en la ley natural: "La salud luego de la curación no es la salud anterior. La conciencia lúcida de que el hecho de *curarse no es regresar* ayuda al enfermo en la búsqueda de la menor renuncia posible, liberándolo de la fijación de un estado anterior."[68] No hay curación sin un trabajo, sin una

66 A. Haynal, "Le sens du désespoir", comunicación citada, p. 119. "El médico, en este dominio de la depresión, escribe Lucien Israël, desempeña un papel que amerita ser precisado [...] La medicalización interviene cuando el médico interpreta el sufrimiento del sujeto como el síntoma de la enfermedad", L. Israël, *op. cit.*, pp. 159-160. "Cuando hablamos de personalidad y de carácter o de una larga evolución, se pregunta Haynal en 1984, hablamos de la vida -¿acaso se puede intentar seriamente medicalizar la vida?", A. Haynal, artículo citado (1984), p. 611. Sí se puede, seguramente, hacer cada vez más para prestar apoyo de larga duración por medio de moléculas, psicoterapias o psicoanálisis.

67 G. Canguilhem, "Une pédagogie de la guérison est-elle possible?", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, nº 17, primavera de 1978, p. 25.

68 *Ibid.*, pp. 25-26. El subrayado es mío.

elaboración, sin un relato, una ficción, precisamente, en la que la persona está involucrada porque tiene un Yo.

Una cosa parece cierta en el modelo conflictual: el bienestar no es la curación, porque curarse es ser capaz de sufrir, de tolerar el sufrimiento. Estar curado, desde este punto de vista, efectivamente, no es sentirse dichoso, es ser libre, es decir, reencontrar un poder que permita "decidirse por esto o por aquello." Si se acepta la idea de que la salud es la capacidad de sobrepasar las propias normas, es necesario *distinguir la felicidad de la libertad* y el bienestar de la curación. Si el hombre de buena salud tolera conmociones múltiples y debe poder superar sus propias normas, agregaría que en materia de desorden psíquico no puede hacerlo *porque él es* conflictual. El conflicto es, a la vez, el motor y el freno.

De aquí la virulencia a la vista del DSM, que coloca al clínico de cara a "una opción ética: a saber, la elección entre el ideal animal y el ideal humano".[69] La elección sería entre un abordaje medicalizado, que no se ocuparía de un sujeto, y otro que no se ocuparía de otra cosa que del sujeto. Sin embargo, no es posible contentarse hoy con una constatación tan radical, pues evacua precisamente una animalidad –un cuerpo– sin el cual no podríamos ser seres vivientes. El medicamento alivia un sufrimiento que señala un conflicto, se dice comúnmente entre los psicoanalistas. Mantiene activa nuestra ignorancia y no podría ser otra cosa que una prótesis. Pero permite, por ejemplo, remitir a un momento más favorable la confrontación de la persona con sus conflictos. Y si se le ha de creer a uno de los más finos críticos del psicoanálisis, François Roustang, la animalidad humana supera la trampa y la curación simultáneamente. Olvidar esta animalidad ¿no es una forma de reduccionismo "espiritualista"? ¿Todo debe venir a la conciencia para que la curación sea posible? Roustang recuerda "ciertas verdades ignoradas por el psicoanálisis, que considera la psiquis en su aislamiento y que está constreñido a atribuirle una realidad que, sin embargo, no puede adquirir sino por medio del soma".[70] ¿No hay en ciertos medios una propensión a eludir el cuerpo y lo social comparable a la realizada respecto de la psiquis por parte de la psiquiatría biológica?

¿Qué decir, además, de esas curas interminables que acompañan a un paciente por períodos muy largos, incluso durante toda la vida, porque "los conocimientos que proveen no conducen a una modificación",[71] no permiten el cambio sin el cual no hay curación? La cura parece reducida a una "iniciación en los misterios del inconsciente".[72] El paciente queda en una dependencia de la perspectiva de su terapeuta, de la misma manera que el que ingiere una molécula por un período muy largo. La cronicidad, sin duda, no es monopolio de la psiquiatría biológica. François Roustang lo destaca ferozmente, "si el

69 L. Israël, "Du normal", en *Boitier n'est pas pécher*, Paris, Denoël, 1989, p. 35, "El deseo, agrega, no es compatible con la felicidad", p. 31.

70 F. Roustang, *Influence*, Paris, Minuit, 1990, p. 11.

71 F. Roustang, *ibid.*, p. 111.

72 F. Roustang, *Comment faire rire un paranoïaque?*, Paris, Odile Jacob, colección "Opus", 1996. P. 203.

análisis no tiene un límite en el tiempo y en el espacio, absorberá toda la vida".[73] La figura del capaz impotente es patrimonio de todos los mercados del equilibrio interior.

Para resolver sus conflictos, es necesaria una demanda que tenga la particularidad de pasar por un cuestionamiento de sí mismo. "Pero, finalmente ¿es normal cuestionarse?".

Se pregunta muy pertinentemente Joyce McDougall.[74] Pertinentemente, pues revela el problema de las clientelas del psicoanálisis de nuestros días y los tipos de demandas que le dirigen. La cura típica ¿está destinada a los traumatizados por la precariedad y la exclusión? ¿A esos numerosos asalariados que usan, y probablemente abusan, de tranquilizantes y de antidepresivos (y no hablo del alcohol, el gran tabú francés) para hacer frente a las crecientes tensiones que se ejercen sobre ellos, en espera de que pase la tormenta? ¿Es necesario, por principio, que cada uno afronte sus conflictos? ¿No serían innumerables los casos en que el remedio sería peor que la enfermedad?

Si el conflicto es la miel en la cual se nutre el psicoanálisis, parece que continuamente se le dirigen nuevas exigencias: éstas no tienen la límpida apariencia del conflicto, sino el mucho más inasible del vacío. Estas demandas surgieron en el curso de los años 1970 y han polarizado el debate entre neurosis y depresión. Se enuncian ahora en los términos vagos de un malestar resultante de nuevas constricciones económicas y sociales, pero también de la precarización de la vida privada. Las corrientes psicosomáticas del psicoanálisis y los especialistas en toxicomanía reflexionan particularmente sobre las patologías de la carencia, el vacío y la falta. Pero una reflexión de este tipo también se desarrolla en el seno del núcleo duro, es decir, en las sociedades de analistas.[75]

El responsable de un centro de diagnóstico y tratamiento psicoanalítico, que recibe cerca de un millar de demandas cada año, constata el crecimiento de las demandas de análisis motivadas por despidos, desempleo o precariedad. "Hemos visto emerger una *neo-traumatología*, en la cual la referencia repetitiva, punzante, a una realidad factual confiere a la sintomatología un carácter de *neurosis actual*."[76] Más exactamente, se trataría "de una neurosis de guerra económica".[77] Esta clientela resulta a menudo poco estable en el seguimiento del tratamiento, incluso en los casos en que los proyectos de los pacientes han sido "ampliamente trabajados y madurados".[78] Tienen una clara dificultad de comprometerse en el largo plazo. Pero lo más significativo, según el autor, es que "las problemáticas centradas en lo deseado y lo

73 *Ibid.*, p. 181.

74 J. McDougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978, p. 214.

75 Véase, por ejemplo, "Figures de vide", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, nº 11, 1975, o "Les cas difficiles", *Revue française de psychanalyse*, tomo LIV, 1990.

76 J.-L. Donnet, "Une évolution de la demande au Centre Jean Favreau", artículo citado, p. 17. El subrayado es del autor. El tratamiento es gratuito: sin duda, la clientela no es, de hecho, representativa de la misma que frecuenta los divanes en la práctica liberal.

77 *Ibid.*, p. 18.

78 *Ibid.*, p. 19.

prohibido [...] frecuentemente han cedido el paso, a problemáticas centradas sobre la pérdida de objeto y de la identidad subjetiva [...] Sobre todo, los conjuntos sintomáticos parecen más fluidos, polimorfos, con somatizaciones y falta de acción", y los pacientes están, a menudo, "cautivos de un eterno presente".[79] De allí la necesidad de readaptar el cuadro clásico de la cura, diversificando los modos de abordaje a los pacientes. Finalmente, un último punto es para señalar lo concerniente a esta tonalidad de malestar: después de las entrevistas preliminares, los analistas no saben definir las referencias al sufrimiento de estos pacientes, "no se sabe lo bastante *dónde* está el mal, *cómo* ni cuándo".[80]

De la misma manera en que la psiquiatría pública ve disminuir las psicosis en relación con los múltiples traumatismos engendrados por la precariedad, el psicoanálisis está, sin duda, haciéndose cargo de la relativización de las psiconeurosis de defensa (histéricas, fóbicas, obsesivas) en su clientela.

El hombre patológico:
un traumatizado más que un neurótico

Desde la perspectiva del psicoanálisis, el hecho de adquirir una mayor lucidez es sospechoso de no conducir a la curación; desde el punto de vista de la psiquiatría, el abandono del conflicto en provecho del bienestar hace que se lo prefiera a la curación.

El conjunto de elementos que han hecho salir de la psiquiatría de la referencia a un sujeto enfermo contribuyen a la declinación de los tratamientos entre una gestión fina de los humores y una preservación de la idea de curación. La primera se encuentra en el horizonte del bienestar, de una calidad de vida que se puede considerar como una dependencia, la segunda en una perspectiva en que la libertad de decidirse por esto o por aquello predomina sobre la del bienestar. Sin duda, no puede obrar *como si se pudiese liberar al hombre de sus conflictos*, como lo muestra la tendencia a la cronicidad de la depresión sobre el frente del déficit, pero tampoco puede actuar *como si no hubiese nada más que conflicto,* porque a las patologías narcísicas, en las que el punto de referencia está favorecido sin duda por el predominio de las normas de iniciativa sobre las de interdicción, se suman múltiples sufrimientos psíquicos que resultan de la precarización de la vida, los cuales se difunden en formas de desesperación que no son, a menudo, expresión de conflictos. Más aún, ni siquiera son del todo patológicas. En sus dos frentes, el hombre patológico ha cambiado.

La declinación relativa de las psicosis en la psiquiatría pública y de las psiconeurosis de defensa en el psicoanálisis son reveladoras de una misma dinámica. No obstante los grados de intensidad diferentes en las patologías, éstas concuerdan en un punto: la importancia de los traumatismos. El hombre

79 *Ibid*, pp. 19-20.
80 *Ibid.*, p. 23. El subrayado es de Donnet.

patológico de hoy es más un traumatizado que un neurótico (o un psicótico), está confuso, vacío y agitado. Y en las situaciones de precariedad, difícilmente satisface sus condiciones materiales, sociales y psicológicas como para acceder a un registro del conflicto. Las nuevas amenazas interiores y sus tratamientos diseñan un individuo cuya identidad interna se halla continuamente fragilizada, pero que es perfectamente tratable en el largo plazo.

El debate entre la especificidad y la no especificidad de una terapia, que había enfrentado a Jean Delay y a Henry Ey respecto del electroshock, luego a Nathan Kline con Roland Kühn en relación con los antidepresivos, queda resuelto de ahora en adelante: la no especificidad es llevada a la victoria. Las nuevas moléculas se parecen más a los *psychic energizers* de Kline que a los timoanalépticos de Kühn. Al actuar sobre la mayor parte de los trastornos mentales no psicóticos, se constituyen en verdaderas aspirinas del espíritu. Pero esta victoria se opera en un contexto de alargamiento desmesurado de las quimioterapias. Las mejoras aportadas por estas moléculas hacen de ellas medicamentos "ideales", pero a condición de precisar que son ideales para una enfermedad crónica. Esta definición "hace pasar la píldora", de la insuficiente eficacia curativa de las moléculas, al sentido en que ellas alivian a las personas de sus afecciones mentales. El individuo de hoy no está ni curado ni enfermo. Está inscripto en alguno de los múltiples programas de tratamiento y supervisión.

Ahora podemos ver mejor cómo la historia de la depresión echa luz sobre el tipo de persona en que nos hemos convertido entre la infinidad de exigencias de liberación psíquica y de iniciativa individual. La depresión es a la insuficiencia lo que la locura a la razón y la neurosis al conflicto. La depresión es el mediador histórico que hace *retroceder al hombre conflictual*, acechado por la neurosis, *en provecho del hombre fusional*, a la búsqueda de sensaciones para superar una intranquilidad permanente. El déficit colmado, la apatía estimulada, la compulsión superada, convierten a la dependencia en la contracara de la depresión. El evangelio del desarrollo personal en una mano, el culto del éxito en la otra, el conflicto no desaparece, pero pierde su evidencia y ya no es una guía segura.

El abandono de la referencia a la naturaleza y a la enfermedad en la psiquiatría

Al pasar de su condición de encrucijada a la de trastienda, para terminar fragmentándose en las dimensiones, las distimias y las ansiodepresiones, la depresión agrupa hoy una serie de dificultades personales que afectan a todos los aspectos dolorosos de la vida. Recorre la línea de la existencia dando un nombre genérico a la mayor parte de los trastornos del humor y de las disfunciones de la acción. La dificultad para definir una enfermedad confusa ha autorizado una extrema plasticidad de sus usos. Su núcleo, desconocido, es tenaz, al punto de convertirla en el mejor de los casos en un mal

reincidente, en el peor, en crónico. Los tratamientos de mantenimiento, aun cuando son objeto de discusiones, gozan de amplia aprobación. Los antidepresivos tienen efecto sobre una amplia gama de síntomas y ya no hacen necesario un diagnóstico fundado en la etiología. Pero a cambio del abandono de la etiología, la enfermedad se encuentra ubicada en los confines de la persona que es patológica y de la persona que tiene una patología.

Cuando la naturaleza ya no es un soporte, la enfermedad ya no es un criterio

El caso de la depresión demuestra que la evolución de la psiquiatría es recorrida por las mismas tendencias que las otras ciencias de la vida, a saber, que puede actuar sobre la naturaleza, en la esfera psíquica, y no solamente sobre enfermedades o disfunciones hereditarias que se debían sufrir bien que mal. El dato ha cambiado, pero el problema para la psiquiatría consiste en que estas enfermedades son "especiales". Esto concierne a los usos posibles de la noción de personalidad a través de dos cuestiones que subtienden la historia biológica, médica y psicopatológica de la depresión: *¿Qué* es lo que se trata? *¿Qué* es lo que se cura?

Los abordajes sindrómicos o dimensionales han proporcionado los útiles de una fidelidad descriptiva indispensable para la investigación epidemiológica y farmacológica, pero no han mejorado en absoluto las posibilidades de curar. Lo mismo ocurre con el progreso de la neurobiología y de la farmacología. Peor aún, la psiquiatría universitaria se ve reducida a tomar el ejemplo de la diabetes insulinodependiente para justificar la cronicidad –habría podido tomar el de las psicosis, pero ello hubiera tenido, es fácil imaginarlo, el peor efecto sobre la clientela. Es difícil no constatar un fracaso global de este programa, pero *fracaso en un sentido preciso*: no ha logrado hacer progresar la curación. Más valdría reconocerlo francamente al menos por una razón: no se pueden extraer consecuencias sobre el significado de lo que pasa y comprender mejor, en nombre de alguna referencia *común,* lo que queremos aquí y lo que no queremos allá.

Los ISRS serían los primeros antidepresivos en actuar sobre la personalidad y en modificarla, al punto de que, en cierto número de casos, las personas llegan a considerar que por fin son libres de ser ellas mismas. Activan "la fuerza interior", mientras la publicidad para *todos* los antidepresivos se modifica –la que promete "la reapertura del campo relacional", la que reivindica el título de "tricíclico del bienestar", o hace "revivir la emoción". La omnipotencia, la relación con el otro, el bienestar, la autenticidad emocional, todo vale. A menudo, la prensa americana ha titulado sus artículos sobre el *Prozac* con indicaciones tales como "Un nuevo Yo" o "Un nuevo Tú". Ahora bien, como se ha visto, los antiguos antidepresivos podían entrañar un efecto semejante pero, por un lado, no actuaban por lo general sobre las personas sanas y, por otro, debían preparar al enfermo para afrontar su enfermedad.

En consecuencia, los ISRS son los primeros antidepresivos en actuar sobre la personalidad, *pero a condición* de aportar una precisión: en el contexto en que algún modelo de enfermedad no pueda servir de referencia sólida y en el que la naturaleza misma ya no constituya un soporte.[81] Y es aquí donde encontramos alteradas nuestras convicciones normativas sobre lo que debe ser la persona para ser una persona verdadera.

Sabemos que podemos actuar sobre nosotros mismos, cualesquiera sean la patología y su motivo, gracias a las moléculas que disminuyen la intensidad de los conflictos o las consecuencias de los traumatismos. Sabemos, por lo tanto, que nuestra naturaleza psíquica ya no es un basamento, no tiene cualidades. Dejamos atrás al mismo tiempo a la naturaleza y a la enfermedad. ¿Es preciso temer, por eso, que "la aparición de medicamentos transnosográficos induzca efectos de desubjetivación",[82] como piensa Pierre Legendre? Estos medicamentos pondrían fin al sujeto, pues éste ya no se vería sometido al conflicto y al renunciamiento, ni se confrontaría con la ley del deseo. "¿En nombre de qué se desearía?", se pregunta Legendre. La cuestión es política, precisa con justicia, pues remite al mundo común. Por desgracia, Legendre no nos propone ninguna otra solución que regresar a la época del derecho canónico.

No me parece que la declinación del sujeto, esto es, del sujeto de sus conflictos, sea el equivalente de una desubjetivación. Muestra más bien que el ser humano de hoy ya no es el mismo de finales del siglo XIX, ni el de mediados del siglo XX, pues las condiciones y las formas de la finitud han cambiado. Es necesario integrar en la reflexión sobre el sujeto algunos argumentos que todavía no se han puesto de relieve en Francia.

Argumentos americanos para una controversia francesa

En 1997, Peter Kramer agrega un postfacio a la nueva edición americana de su libro. En la medida en que es imposible instalarse sobre una delimitación estricta de la patología, plantea brutalmente la cuestión: "¿Extensión del concepto de enfermedad mental o modificación de los estados mentales normales?"[84] A diferencia de la mayor parte de los psiquiatras, franceses particularmente, que se contentan con constatar la insuficiencia del concepto de enfermedad en psiquiatría, sin proponer una solución que podría debatirse, Kramer adelanta argumentos para pensar la prescripción de psicotrópicos fuera de una referencia al diagnóstico. El interés de Kramer para los franceses

81 Las relaciones planteadas por los problemas del dominio de la naturaleza (biológica y ecológica) y los del dominio de sí mismo pueden liberar fantasmas del mismo orden. Para un esclarecimiento muy útil de las relaciones entre técnica y naturaleza, véase Dominique Bourg, *L'Homme-artifice,* Paris, Gallimard, 1996.

82 P. Legendre, *Le Crime du caporal Lortie-Traité sur le père,* Paris, Fatard, 1989, nota 8, p. 155.

83 P. Legendre, *L'Inestimable Object du désir, op. cit.* p. 364.

84 P. Kramer, "Epílogo" a la edición americana de 1997, p. 322.

consiste en que es, si puedo decirlo así, un verdadero americano: su argumentación es pragmática, propone una elección y, a partir de ella, evalúa sus consecuencias, y su visión del sujeto es utilitarista –para lo cual emplea a propósito las inclinaciones del hombre que han hecho una sociedad. Felizmente, sus argumentos carecen de estatura metafísica y moral. Son pedestres, y en eso justamente radica su interés. Dice en voz alta lo que se practica masivamente en voz baja.

El muy interesante capítulo final de su libro, *Le message dans la gélule*, procura desenmarañar las esperanzas y los temores que generan las nuevas moléculas. Kramer intenta elaborar criterios que justifiquen el tratamiento de una persona no enferma, estableciendo diferencias entre la molécula antidepresiva y una droga. El *Prozac* está lejos de ser una droga, dado que "induce al placer, en parte porque hace libre al sujeto de entregarse a sus actividades sociales y productivas. Y, contrariamente a la marihuana, al LSD y al mismo alcohol, no es una fuente de placer en sí mismo y no entraña una distorsión en la percepción. El *Prozac* simplemente da a las personas anhedónicas acceso a los sentimientos de placer de los que gozan los sujetos normales".[85] Piensa que la generalización de un uso semejante no representaría una ruptura de nuestras sociedades, pues ya se halla bien establecido en medicina: productos contra la calvicie y el acné juvenil, cirugía estética, estrógenos para limitar los efectos de la menopausia, etc. Podría haber tomado también otros ejemplos para reforzar su razonamiento. Así, por ejemplo, el de la aspirina, que es esencialmente una medicación sintomática, las hormonas que disminuyen los riesgos asociados a la menopausia, o también, en un registro más espectacular, la procreación asistida por la medicina, que permite superar una insuficiencia fisiológica. Estos ejemplos reúnen situaciones cada vez más extendidas. Como se sabe, la medicina ya no se limita a las enfermedades.

Kramer propone una elección: utilizar moléculas para el tratamiento de la depresión, que entonces pasaría a ser asistida por la protección social, o para el mejoramiento del confort psicológico de los "sujetos normales", que no daría lugar a reembolso.[86] En el fondo, lo importante es que estas moléculas multiplican las capacidades individuales sin las toxicidades y los riesgos de desinserción atribuidos a las drogas y al alcohol. Kramer tiene toda la razón de situar a la psiquiatría dentro de las tendencias de la medicina. En efecto, el razonamiento psiquiátrico actual legitima la puesta bajo tratamiento antidepresivo de toda persona que sufra cualquier forma de invalidez: distímicos, ansiodepresivos, inhibidos, afectados de pánico o subsindrómicos de todo género, que pueblan los consultorios de los generalistas (pero también de los cardiólogos, de los reumatólogos, etc.) deben ser tratados, *en primer*

85 P. Kramer, *op. cit.*, p. 363.

86 Jules Angst declara a David Healy: "Estaría inclinado a no ver ninguna razón para impedir que la gente tome ISRS si se siente mejor con ellos. Si de hecho recurren al cigarrillo o al alcohol ¿por qué no tomarían un medicamento que es menos tóxico que la nicotina o el alcohol?", vol. 1, *op. cit.*, p. 302.

término, con un antidepresivo. La prescripción de moléculas de amplio espectro de acción responde al incremento de las exigencias normativas de nuestros días: la dificultad de hacer frente puede costar caro a una individualidad presa en una trayectoria en la que los fracasos profesionales, familiares y afectivos son susceptibles de acumularse rápidamente. Estos fracasos conducen a ser excluido de la sociabilidad mucho más rápidamente que antes.

La acogida crítica hecha en Francia a este libro demuestra que las cuestiones planteadas por Kramer no se han comprendido. La perspectiva utilitarista de Kramer tropieza con el muro de la metafísica francesa. La gran afirmación contestable, y contestada por numerosos psiquiatras, es hacer creer que una píldora milagrosa pone al que la ingiere "más que bien" la mayor parte del tiempo.[87] Hay aquí un señuelo, pues no importa de qué antidepresivo se trate, posee una eficacia terapéutica desigual y está muy lejos de ser el antidepresivo ideal. En general, la prensa francesa ha visto en este libro un elogio de la felicidad por receta, y no creo que la obra haya sido verdaderamente discutida en psiquiatría. Los dos cuerpos profesionales no han hecho comentarios sobre los temas que trata el autor.[88] El interesante razonamiento pragmático de Kramer no ha tenido eco en un país que sacraliza a tal punto el Sujeto que hasta una bocanada de *cannabis* ya constituye un atentado contra la dignidad de la persona. Kramer adelanta argumentos que habrían podido lanzar un profundo debate sobre los antidepresivos y aclarar la opinión sobre la complejidad del tratamiento de lo mental.

El psiquiatra e historiador David Healy, en una muy documentada obra sobre la historia de los antidepresivos, se plantea el mismo tipo de cuestiones al finalizar su investigación. Insiste particularmente sobre "el papel de los tratamientos medicamentosos [que] debería ser el de facilitar la resolución de un trastorno antes que el de curar una enfermedad específica".[89] También propone criterios prácticos que permitan reemplazar la referencia, hasta hoy insostenible, a la enfermedad. En tanto médico, dice, "gozo de ventajas considerables que se niegan a otros. Puedo tomar un tranquilizante antes de una conferencia o de una entrevista, sin tener que demostrar así mi «debilidad» a los demás. Puedo tratar mi piel seca con la pomada esteroide de mi elección",[90] etc. Podría ser así

87 Kramer persiste en su posfacio de 1997: "Clínicamente, los médicos ya no consideran la remisión de los síntomas agudos como el signo de un tratamiento adecuado: también esperan que cambie la personalidad. Recuerdo que hace apenas una década, un resultado más limitado –aliviar la tristeza, el insomnio, el agobio– se consideraba una respuesta completa", *Listening to Prozac*, New York, Vikingo, 1997, pp. 319-320.

88 Que el autor de su prefacio francés, el Dr. Alain Gérard, sin embargo, había subrayado bien: "Las preguntas de Peter Kramer son las mismas que las nuestras, las de los psiquiatras franceses que, hace quince años, ya habían utilizado la indalpina, el gran ancestro de *Prozac*, y que desde entonces se preguntan sobre los límites de la depresión, la evolución de nuevos medicamentos serotoninérgicos y los límites de la prescripción medicamentosa, en tanto concierne a personalidades sufrientes, pero no enfermas", "Prefacio", p. XII. En la cita, he sustituido el nombre de la marca citada por el de la molécula.

89 D. Healy, *The Antidepressant Era*, *op. cit.*, p. 261.

90 *Ibid.*, p. 264.

para cada uno en particular, pero a condición de que los consumidores sean bien informados por sus médicos de los riesgos y ventajas de cada elección. En lugar de llamar "antidepresivas" a las moléculas, se las podrían denominar "tónicas" –un tónico no cura una enfermedad.

Kramer, por su parte, remueve la herida: "De ninguna manera constituye el psiquismo una esfera privilegiada, y ningún problema revela por sí mismo el dominio de la comprensión de sí mismo. Estamos constituidos únicamente por experiencias."[91] En efecto, los desequilibrios neuroquímicos, las dificultades de transmisión de la información entre las neuronas, también forman parte de nosotros. Así, Kramer pone de relieve la importancia de la parte animal en la definición de cada uno y el modo en el que el tratamiento puede mejorar el funcionamiento de las "funciones superiores", para hablar en los términos antiguos. Kramer defiende una medicina de los comportamientos. La disolución de la psiquiatría que temía Henri Ey, sin duda, es la consecuencia, pero la psiquiatría ya no se ocupa de enfermedades, ni siquiera, quizá, de síndromes. Édouard Zarifian critica esta tendencia de la psiquiatría a regular los comportamientos. Subraya de modo muy particular la decadencia de la psicopatología en la enseñanza de la psiquiatría. Vuelve a encontrarse en nuestros días el conflicto que, del electroshock al *Prozac,* no deja de obsesionar a la psiquiatría, dividida entre la especificidad y la no especificidad. ¿Existen hoy nuevos elementos sobre este punto que puedan poner luz en la controversia?

La psiquiatría francesa quizá debería recordar una vieja lección política de Henri Ey: "¡Es cierto, declaraba en 1947, no podemos discutir hasta que estemos todos de acuerdo, ni hasta que por fin hayamos encontrado la solución a los problemas examinados!... ¡No! La discusión podrá terminar cuando cierto número de posiciones *doctrinales* coherentes haya podido definirse y, en consecuencia, se pueda proponer a la elección de cada uno."[92] Esclarecer las posiciones, incluso los argumentos, es lo único que importa, pues la heterogeneidad de las patologías mentales prohíbe la esperanza de un acuerdo entre las escuelas y corrientes.

Los nuevos antidepresivos son, por cierto, excelentes medicamentos, pero a condición de precisar los límites de su eficacia terapéutica. Dejar de creer en milagros en los cuales no creen los propios profesionales no puede dejar de suscitar decepciones. ¿Se ha realizado en Francia el censo de las decepciones de la qimioterapia? En una sociedad en la que las presiones de la iniciativa individual son tan fuertes y la responsabilidad por los fracasos pesa particularmente sobre los más débiles desde el punto de vista social, la medicina de los comportamientos tiene su legitimidad, y no alcanzo a ver en nombre de qué argumento moral habría que diabolizarla. Una sola cosa importa, y es la de esclarecer las posiciones e indicar los límites, en lugar de dejarse perseguir por una discusión inútil, si no nefasta. Vale más decir dos cosas antes que una sola, el sociólogo y el historiador no tienen que decirle a la gente lo que debe pensar ni cómo vivir.

91 P. Kramer, *op. cit.*, p. 407. Peter Whybrow (*op. cit.*) desarrolla una problemática semejante. Piensa que "la hipoamina es buena para los individuos *y* para los grupos sociales", p. 256.

92 H. Ey *et al., Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses, op. cit.*, p. 9.

Un comentario de Janet que sería bueno no olvidar

Se vuelve a encontrar respecto del tratamiento farmacológico la misma crítica que se había dirigido a la hipnosis. Janet pensaba que esta crítica reposaba sobre una idea confusa: "En la terapéutica sugestiva se utilizan poderes que son poco honorables o que tienen poco valor moral [...] La sugestión es despreciable, porque no actúa nada más que sobre la superficie del espíritu y no sobre el fondo del alma, modifica solamente los síntomas y no transforma el fondo del espíritu del enfermo." "Incluso si esto fuera verdad, replica Janet ¿está prohibido acaso recurrir a medicaciones sintomáticas, y no se la emplea satisfactoriamente en la terapéutica de otras enfermedades?"[93] El comentario era pertinente: la oposición entre superficial y profundo, entre alto y bajo, entre voluntario y automático domina la crítica moral. Hay una constante de conflicto entre la parte alta y la parte baja del hombre: se trata de mantener la superioridad del espíritu sobre el cuerpo. Es éste el sentido de la pregunta: ¿está confortablemente drogado? Las nuevas moléculas no son más eficaces que las antiguas, el porcentaje de depresiones resistentes no ha disminuido, los efectos sobre los pacientes son aleatorios, estamos muy lejos de una molécula que permita dominar los afectos y transformarlos según nuestros propios gustos ¿Qué queda, en efecto, de los milagros de la farmacología con la transformación de la depresión en una enfermedad crónica? "Incluso cuando el médico tiene éxito, escribía Dagognet en 1964, no es necesario concluir que delira."[94] Se ha olvidado que un buen medicamento no tiene necesidad de ser asimilado a un filtro mágico.

Los antidepresivos no pueden realizar el sueño de una "desinfección mental". Más bien sugieren que la renaturalización de la psiquis descansa sobre este nuevo obstáculo –al menos fuera de las psicosis– que es la cronicidad. Salvo que continúe en un plano mágico del pensamiento que todavía espera la invención, en un impreciso futuro, de un "redentor específico" que curaría de golpe, la psiquiatría no gana nada al rebiologizar completamente el trastorno mental, al renaturalizar el espíritu y olvidar que el tipo de patología a la cual trata tiene esta especificidad única en la medicina de estar en la intersección entre lo médico y lo moral. Como lo subrayan los biologistas, el ser humano se caracteriza por la posibilidad de escapar a su destino genético,[95] esta posibilidad impone límites técnicos a las recaídas

93 P. Janet, *Les Médications psychologiques*, tomo 1, *op. cit.*, pp. 311-312.

94 F. Dagnognet, *op. cit.*, p. 329. "Porque han calmado y apaciguado, súbitamente se han inflado de méritos y de poderes desproporcionados. Favorecen menos la improbable curación que el bosquejo de relaciones sociales y, en consecuencia, una tímida reinserción en el grupo. En suma, sin querer enunciar una paradoja, suprimen aquello en lo que *pareciera* residir la enfermedad, la lentitud y las manifestaciones violentas", p. 329. Subrayado por Dagnognet.

95 Véase, por ejemplo, M. Jeannerod, *op. cit.* "Son numerosos los "científicos", escribe Daniel Widlöcher, que piensan, sin atreverse a decirlo, que cuando se conozcan los mecanismos neuronales que lo causan, las carencias y los correctores pertinentes, la regularización del estado químico del cerebro permitirá corregir el trastorno. Es posible, pero ¿en cuánto tiempo

terapéuticas de los progresos de la farmacología: la programación del espíritu se revela una imposibilidad práctica. Si no existe una magia blanca ¿por qué habría que temer una magia negra?

El conflicto queda suspendido por la molécula y se produce, en el mejor de los casos, este cambio de personalidad evocado aquí y allá –el cual ya había sido notado por los Guyotat o los Lambert a comienzos de los años 1960. Considerado como una desinfección mental a la manera de Janet, el tratamiento es susceptible de mejorar las posibilidades de una persona actuando sobre su naturaleza psíquica. El uso de un antidepresivo no se cuestiona, pues jamás ha sido contradictorio con un deseo de conocimiento de sí o con la resolución de los conflictos. Solamente el individuo dispone de los medios materiales de poner distancia con sus conflictos, eventualmente a todo lo largo de su vida. Este distanciamiento ya no es más o menos eficaz según las personas y los momentos, sino que está situado en el nudo del problema de la persona. La molécula permite superar aquello a causa de lo cual sufrimos una depresión, según los psicoanalistas, a saber, no estar a la altura de nuestro ideal de Yo, ideal que, al contrario del Superyó, compromete a hacer. El conflicto no ha desaparecido, se ha vuelto menos visible porque es menos apremiante.

Un soporte se ha resentido aquí, se ha abierto una situación psiquiátrica inédita con la cronicidad por un lado y la eficacia confortable de las moléculas por el otro. La farmacología permite actuar sobre un espíritu insuficiente, enfermo o no. Reduciendo las desigualdades psicológicas legadas por la naturaleza o por la filiación para mejorarnos, los nuevas moléculas prueban que es posible actuar sobre la naturaleza de una persona –su temperamento, su carácter–, es decir, lo que no cambia con el tiempo. El abandono del apoyo sobre la naturaleza nos sitúa permanentemente en las fronteras. Éstas le recuerdan a la psiquiatría que sigue siendo una medicina especial, en la intersección entre lo médico y lo moral. Al no reconocer ya su especialidad sin que su eficacia terapéutica se incremente, se vuelve sospechosa de cubrir "un déficit con un artificio", para retomar la expresión de Sandor Rado.

"Nuestro mayor temor, escribe Kramer, [...] era que este medicamento nos prive de lo que es específicamente humano: la angustia, la culpabilidad, la vergüenza, la pena, la conciencia de sí [...] Si las implicaciones morales del *Prozac* son difíciles de determinar, no es solamente porque el producto es nuevo, sino también porque los individuos también somos nuevos para nosotros mismos. Como tantos sujetos a los que les hace bien el *Prozac, somos dobles,* poseemos dos percepciones de nosotros mismos. Lo que era terrorífico para la antigua identidad, ya resulta placentero, ayuda incluso a la búsqueda de la nueva identidad. Es aquí, pienso, donde reside la consecuencia moral más importante del *Prozac*: en modificar nuestra percepción de las constricciones que pesan sobre el comportamiento humano, [...] cambia la categoría

y para qué "enfermedades"? *Les Nouvelles Cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob, 1996, p. 269.

de las pruebas a las cuales prestamos atención."[96] La palabra clave es: doble. En efecto, en el lugar del conflicto, que funda la unidad del sujeto, una doble identidad se ofrece a la persona como una elección. En la medida en que la persona es a la vez válida, gracias a la molécula, e inválida, sin ella ¿cuál es la verdadera persona? El sujeto de la neurosis se había construido por el abandono de la doblez (Janet) en provecho del conflicto (Freud). La declinación de este último tiene como contrapartida el retorno a la pregunta sobre las dobles identidades. Pero esta pregunta se enuncia en términos que no podían existir a comienzos del siglo XX: ser más que uno (¿hasta dónde) ser otro distinto de uno (¿quién?). Es un lenguaje que conocemos demasiado bien: es el de la droga.

La dependencia es, de la misma manera que la depresión, a la vez una enfermedad y un estado del espíritu. Oculta un territorio que va más allá de los medicamentos psicotrópicos y de las drogas ilícitas. Así, las inocentes técnicas de mejora de sí, que se popularizaron en el curso de la década de 1970, se han vuelto sospechosas a la vista de sectas cuyo marketing está centrado en la transformación personal: en el horizonte de la liberación de sí mismo, la dependencia tiene la mirada de un amo. Cada vez más, el temor a la sectas es a la psicoterapia lo que el temor a las drogas es a los medicamentos psicotrópicos –poco importa, desde este punto de vista, que se trate de química o de organización.

El conflicto en decadencia, de lo psíquico a lo político

El diferendo entre Janet y Freud prosigue un siglo más tarde, pero en un contexto farmacológico, que permite actuar por medio de sustancias tanto sobre nuestros temperamentos como sobre nuestras patologías, y normativo, que nos invita a convertirnos en nosotros mismos y a pasar a la acción. El abandono de la referencia de la enfermedad y de la naturaleza en psiquiatría, por un lado, y la invocación de la crisis de lo prohibido, por otra, resultan de un paralelismo impresionante. La psiquiatría abandona sus referencias en el momento mismo en que parecemos menos divididos por conflictos, que vacíos y agitados. Si es verdad que no hay destino, también es cierto que nada es permanente. La persona contemporánea se halla presa en un proceso de "desconflictualización" tanto en el plano psiquiátrico como en el socio-político.

La desconflictualización de lo psíquico o la revancha póstuma de Janet sobre Freud

El conflicto estructuraba las relaciones en dos niveles. El primero es político, se encuentra en el interior del nosotros colectivo. La invención de lo social (la

96 P. Kramer, *op. cit.*, pp. 409-410. El subrayado es mío.

seguridad para los trabajadores y la asistencia para los incapaces de trabajar) su puesta en funcionamiento de la representación política (parlamentos y partidos) y las organizaciones de masas (sindicatos, movimientos de jóvenes) han permitido superar un riesgo que conllevaba la lucha de clases: su deslizamiento hacia una guerra civil. Este estilo de funcionamiento ponía en escena un conflicto –político– que le otorgaba sentido diseñando las líneas de enfrentamiento y de acuerdo entre los actores. Distribuir la riqueza producida de un modo más justo y luchar contra la desigualdad de oportunidades entre las clases sociales son los dos grandes compromisos políticos que se imponen en el curso de la segunda mitad del siglo XIX. La división de lo social condiciona la unidad de la sociedad, el conflicto permite mantener un grupo humano que tenga necesidad de justificar su sentido en referencia a otro, sin un soberano que decida por todos. Es éste el núcleo de la política democrática.[97]

A nivel de la persona, el conflicto satisfacía una misma función simbólica: estructurar una relación consigo mismo en la que los elementos se encuentren a la vez relacionados y en conflicto, *relacionados en tanto que en conflicto*. La división de sí mismo es constitutiva de la unidad de la persona. Esta división nace en las márgenes del sujeto de la locura y se convierte en el centro del sujeto de la neurosis. Constituye no su división privada (que no se elige), ni subjetiva (que no se negocia) sino instituyente: "La satisfacción del deseo, escribe Legendre, no forma parte del programa de reproducción de la humanidad, sino que sin el deseo la reproducción no habría tenido lugar. Es imposible superar esta contradicción."[98] Esta ley puede ser transgredida, pero no abolida.

La depresión es uno de los indicadores de la dificultad del conflicto de producir la relación. El conflicto ya no es el gran resorte de la unidad social y de la persona. ¿Cuáles son ahora los ingredientes que hacen, deshacen, y rehacen la relación íntima y la relación social? Se hace necesario ligar en un mismo conjunto lo íntimo y lo social.

La impregnación reciente de nuestras sociedades por la represión oculta exactamente el proceso de declinación de la noción de sujeto que se impone a partir de finales del siglo XIX. Freud –y no Janet– ha otorgado al sujeto moderno su forma ideal. Es ideal por dos razones. La primera razón tiene un carácter universal para la modernidad: Freud ha integrado la animalidad humana (el Ello) a la civilización (el Superyó): somos objeto de pulsiones y de instintos, como todos los mamíferos, pero nuestra particularidad es que la ley moral nos divide y engendra, para hablar exactamente como Freud, esta variante tópica de la culpabilidad que es la angustia. La experiencia conflictual estructura la identidad del sujeto en la cual mantiene la unidad, pero la intensidad del conflicto puede ser tal que la persona se fragmente en la

97 Retomo aquí el análisis de lo político iniciado por Claude Lefort. La invención de lo social hace referencia al libro de Jacques Donzelot, *op. cit.* Sobre la historia de la representación política, véanse los trabajos de Pierre Rosanvallon y Bernard Manin.

98 P. Legendre, *L'Inestimable Objet du désir*, *op. cit.* p. 101. El subrayado de la última frase es de Legendre.

psicosis, y su Yo se disperse en la disolución identitaria, de la cual Bleuler ha hecho el núcleo de las esquizofrenias.

La segunda razón alude a lo que Freud ha considerado humano a partir de su indeterminación, como lo subrayó Jacques Lacan en su seminario dictado en 1959 y 1960 sobre *El malestar en la civilización*. Ahora bien, en el uso francés del psicoanálisis, la culpabilidad es central, es un medio para darle forma a esta indeterminación. El introductor de las ideas de Freud en Francia, Angelo Hesnard (del cual, sin duda, se hará necesario algún día revalorizar su papel), pone el acento sobre la cuestión de la falta y de la culpabilidad desde su primer libro, publicado en 1913, y retoma una y otra vez este tema: es el centro de su obra.[99] El psicoanálisis provee, escribe por ejemplo en 1946, una moral para "una humanidad que tiende a mantenerse absolutamente ignorante de su propia animalidad fundamental".[100] Le permite curarse de sus fantasías infantiles que se ciernen sobre sus faltas imaginarias, y reconocer sus valores morales adultos. Las nociones de falta y de conflicto mórbido hacen posible la introducción de Freud en Francia, mientras que desempeñan un papel secundario en la historia del psicoanálisis en América.[101]

El psicoanálisis francés es una ciencia del hombre culpable; el psicoanálisis americano, una ciencia del desarrollo personal –utiliza las inclinaciones naturales del hombre para su propio bien y el de la sociedad. Casi no se encuentra en una pluma americana esta centralidad de la culpa que un Pierre Legendre (profesor de derecho y psicoanalista lacaniano) expone: "Es gracias a la culpabilidad que las instituciones se han impuesto sobre lo pulsional, pues [...] los sujetos saben [...] que son culpables –más o menos culpables– de sus pulsiones."[102]

Según Lacan, Freud piensa que lo que busca el hombre es la felicidad, pero

99 "Esta idea no ha dejado de obsesionarlo toda la vida", escribe Henri Ey en 1971 en un homenaje a Hesnard, "A. Hesnard-Biologiste, psychiatre, psychanalyste", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 36, nº 2, 1971, p. 304. En un artículo muy documentado, el psicoanalista Victor N. Smirnoff escribía: "Nadie se sorprenderá al leer, en la pluma de Pichon [en 1938] que el psicoanálisis francés «siempre se ha mantenido alerta sobre el problema capital del psicoanálisis y de la moral». Recuerda el interés que los autores franceses –Laforgue, Hesnard, Odier– dedican a la necesidad del castigo", "De Vienne à Paris-Sur les origines d'une psychanalyse «a la française»", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, nº 20, otoño de 1979. Una gran parte de la tesis de Lacan sobre la paranoia (publicada en 1932) está dedicada a la autopunición.

100 A. Hesnard, *Freud et la société d'après guerre*, Genève-Annemasse, Ed. du Mont-Blanc, 1946, p. 25. La primera obra consagrada al psicoanálisis por Hesnard fue escrita con su maestro, E. Régis: *La Psycho-Analyse des névroses est des psychoses*, Paris, Félix Alcan, 1913. La tercera edición, publicada en 1929, fue muy modificada. Se eliminaron numerosas críticas a Freud.

101 S. Turkle emprendió la realización de un esquema comparativo entre el psicoanálisis francés y el psicoanálisis americano: *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 (edición americana, 1978). A partir de las tesis de Stanley Hoffman sobre Francia, Turkle definió a Lacan, con justicia, como un Freud francés. Sin embargo, muchas afirmaciones deberían ser discutidas (el sujeto francés sería "inmutable", las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis). Por otra parte, muchas nociones que provienen del psicoanálisis americano se popularizaron en el psicoanálisis francés, en el momento de su investigación, en particular la noción de *self* y todo lo que se relaciona con los estados-límites.

102 P. Legendre, *L'Inestimable Objet du désir*, *op. cit.*, p. 99. El subrayado es de Legendre.

para realizar ese objetivo "no se encuentra preparado en absoluto, ni en el macrocosmos ni en el microcosmos".[103] La dupla Ello-Superyó se inscribe en una tradición de la metafísica del Sujeto que exige la necesaria limitación de las inclinaciones naturales del hombre por las que una sociedad existe. En Francia, a partir de los años 1950, cuando Lacan toma un peso institucional tal que todo el psicoanálisis francés se organiza en torno a él, la relación con lo prohibido domina todo el pensamiento. Jacques Lacan hace referencia al conflicto mórbido de Hesnard y demuestra que el sujeto debe correr el riesgo de la angustia de la castración para acceder simultáneamente al deseo y a la ley. El sujeto lacaniano no conoce el cuerpo, está sujeto a la ley. El niño se convierte en adulto al probar la diferencia entre el padre castrador–imaginario– y el padre origen del Superyó –simbólico. "Lo que el análisis articula –escribe en 1960– es que, en el fondo, es más cómodo sufrir lo prohibido que exponerse a la castración."[104] Para convertirse en sujeto es necesario pasar por la angustia de ser uno mismo. La neurosis, según él, adopta la solución cómoda, no accede ni al deseo ni a la ley. La conflictividad psíquica, que Lacan radicaliza hasta la negación de la animalidad humana, es esencial para el pensamiento francés. También es utilizada de otra forma por el psicoanálisis americano, que la ve sobre todo como el medio por el cual la gente puede perfeccionarse a sí misma. La forma de concebir la individualidad, patológica o no, es por completo diferente. La angustia de castración es a Francia lo que la movilidad del Yo a los Estados Unidos. Ocupa un lugar esencial en el dispositivo psicoanalítico francés.

Esta metafísica del Sujeto es una posición compartida por el psicoanálisis francés, incluido el que está más distante de los círculos lacanianos. Define un estilo psicoanalítico nacional, casi podría decirse republicano. El sistema normativo republicano consiste en arrancar al individuo de sus dependencias privadas para hacer de él un ciudadano, mientras que la norma política americana consiste en permitir al individuo la expresión de sus intereses privados en el espacio público. La identificación entre el sujeto del deseo y el sujeto de la ley, que parece ser una invención francesa, es análoga a la relación del ciudadano con la ley. La Declaración de la Independencia americana habla de una "búsqueda de la felicidad", mientras que la ciudadanía francesa se organiza por la ley impersonal: al obedecer a todos a través de ella, el ciudadano no depende de ninguna persona ni obedece a nadie más que a sí misma. Hay aquí una manera de ver al sujeto psicológico y al sujeto social que vuelve a encontrarse en numerosos dominios, particularmente en la ejecución contemporánea de la ley penal: ¿acaso no se halla investida actualmente de una misión de estructuración del sujeto[105] que las otras instituciones parecen incapaces de asegurar?

103 J. Lacan, *Le Séminaire. L'Éthique de la psychanalyse,* libro VII, edición establecida por J.-A. Miller, 1986, p. 22.

104 J. Lacan, *ibid.*, p. 354. La frase citada se encuentra en la sesión conclusiva de julio de 1960. La distinción entre el padre castrador y el padre origen del Superyó "es esencial en todo lo que ha articulado Freud", p. 355.

105 Véase A. Garapon, *Le Gardien des promesses-Justice et démocratie*, Paris, Odile Jacob, 1996, pp. 68-69.

Las relaciones entre el deseo y la ley constituyen en Francia un problema que sobrepasa en mucho las fronteras de los círculos psicoanalíticos.

Freud ha hecho de la neurosis una referencia para enunciar los dilemas del hombre normal, papel que la locura, por su carácter radical, no puede desempeñar. La declinación de la neurosis es la de una experiencia del mundo que pone el conflicto en el centro de la condición humana y le otorga su sentido. El hombre conflictual todavía se hallaba preso de una carga superior a la de sus fuerzas, sometido a una ley y a una jerarquía fuertes, su cuerpo se había hecho dócil gracias a la disciplina. La noción de ley remite a la condición de libertad y a la de control social. Es necesario que reine el orden en el sujeto y en la sociedad.

La inhibición se considera normativa en una cultura de lo prohibido y de la obediencia: permite también moderar las ambiciones personales de las masas. La neurosis sufre, entonces, de una sobrecarga demasiado grande de prohibiciones, su Superyó es demasiado severo, y lo que es una condición de la civilización se inclina hacia una claudicación de la persona. En una cultura del éxito y de la acción individual, donde las pérdidas de energía pueden pagarse muy caras, porque siempre es necesario rendir al máximo, la inhibición es una pura disfunción, una insuficiencia. El individuo se halla situado institucionalmente en la necesidad de actuar a toda prisa, apoyándose en sus recursos internos. Está en el terreno de la iniciativa más que en el de la obediencia, presa de la tensión entre lo que se puede y no se puede hacer, entre lo que le está permitido y lo que no. Es por eso que la insuficiencia resulta para la persona de hoy lo mismo que el conflicto para la de la primera mitad del siglo xx. De la neurosis a la depresión, terminamos por asistir a la revancha póstuma de Janet sobre Freud.

La melancolía del hombre excepcional aliada a la pasión igualitaria

Al atraer a la neurosis a la órbita de la depresión y al procurar disolverla, por múltiples razones, en la borrosa cuestión de la etiología, la psiquiatría vuelve a encontrarse con el embarazoso problema de la cronicidad y de la dependencia. Por cierto, se enfrenta aquí, desde hace mucho tiempo, con las psicosis. Pero se trata aquí de otra patología mental, de la experiencia incontrolable de lo desconocido: menos "otra", justamente, menos radical que la locura y, al mismo tiempo, diferente de la mucho más familiar de la neurosis. La depresión carece en absoluto del pavor de la locura o de las ambivalencias de la antigua melancolía. Sin embargo, hay una relación entre melancolía y depresión: ambas son afecciones resultantes de una conciencia de uno mismo aguzada en extremo, una conciencia de no ser *más que* uno mismo. Si la melancolía era propia del hombre excepcional, la depresión es la manifestación de la democratización de la excepción.[106]

106 La novela de Gore Vidal *Duluth* (traducción francesa, Paris, Julliard, 1984) pone en escena esta democratización con mucho buen humor.

Vivimos en la creencia y en la verdad de que cada uno debería tener la posibilidad de crear, por sí mismo, su propia historia. El hombre "se ha puesto en movimiento" por la apertura de los posibles y el juego de la iniciativa individual, y todo esto llevado hasta los límites más profundos de su propia intimidad. Esta dinámica aumenta la indeterminación, acelera la disolución de la permanencia, multiplica la oferta de signos y los desvanece simultáneamente. El hombre sin cualidades, del cual Musil trazó el retrato, es el hombre abierto a lo indeterminado, progresivamente vaciado de toda identidad impuesta por un mundo externo que lo estructuraba. "Los hombres, escribe, eran semejantes a las espigas en un campo; probablemente terminaban segadas de modo más violento que hoy por Dios, el granizo, el incendio, la peste, pero era en conjunto, municipalmente, nacionalmente."[107] Las sacudidas ahora son personales, vienen del interior.

Cuando Nietzsche anunciaba, en 1887, la llegada del individuo soberano, "liberado de la moralidad de las costumbres",[108] veía en él un ser fuerte: "El fiero reconocimiento del privilegio extraordinario de la *responsabilidad*, la conciencia de esta rara libertad, de esta potencia sobre sí mismo y sobre el destino, ha penetrado en él hasta las profundidades más íntimas, hasta llegar al estado de instinto." "Esto, agrega, no ofrece sombra de duda: al hombre soberano lo llama su *conciencia...*"[109] El individuo, que ha franqueado la moral, que se fabrica a sí mismo y por sí mismo y tiende hacia lo sobrehumano (actuar según su propia naturaleza, sobrepasar, ser superior a sí mismo) constituye nuestra realidad pero, en lugar de poseer la fuerza de los amos, es frágil, carece de entidad, está fatigado con su soberanía y padece a causa de ella. No es el de la gaya ciencia y de la risa nietzscheanas. La depresión es así una melancolía más igualitaria, la enfermedad por excelencia del hombre democrático. Es la contrapartida inexorable de un hombre que es su propio soberano. No sólo del que ha actuado mal, sino del que no ha podido actuar. La depresión no se piensa en términos de derecho, sino en términos de *capacidad*.

El individuo ya no se encuentra en el horizonte de la naturaleza, ni en el de una ley superior e impersonal. Está lanzado hacia el futuro, cuyas pruebas debe afrontar, entorpecido por esta responsabilidad interior. Se halla menos ante la constricción del renunciamiento (permitido-prohibido) que en la del límite (posible-imposible): cuando *es posible* actuar sobre la naturaleza, sobre los síndromes afectivos respecto de los cuales no se sabe muy bien si provienen de nuestra intimidad *¿es normal* obrar de este manera? *¿Está permitido* hacerlo? ¿Y en nombre de qué? La cuestión de la referencia surge en el momento en que ya no se dispone del apoyo de la naturaleza o de la enfermedad, en el campo de la psiquiatría, ni de la autoridad de la tradición, del cual se ha emancipado la sociedad. Si es verdad que todo es posible ¿todo es normal y todo está permitido? Estas cuestiones son políticas, en el sentido en que se refieren a los principios fundadores de una sociedad, es decir, al horizonte de un mundo en común. En efecto, de nuestra dificultad para responder resulta nuestra preocupación por la dependencia. El individuo soberano es, a la vez, deprimido y dependiente.

107 R. Musil, *L'Homme sans qualités*, Paris, Seuil, 1956, colección "Folio", p. 188. La novela se desarrolla en 1913 y 1914.

108 F. Nietzsche, *La Généalogie de la morale, op. cit.*, p. 78.

109 *Ibid.*, p. 80. El subrayado es de Nietzsche.

La dependencia o la nostalgia del sujeto perdido

La crítica del abatimiento moral dirigida en otro momento a la hipnosis, se reformula en relación con los antidepresivos, en otro contexto. En efecto, la inquietud identitaria suscitada por una sustancia química que actúa sobre los estados de la conciencia no es un problema novedoso en nuestras sociedades. Disponemos de más de una treintena de años de un antimodelo: la droga. Es un útil cognitivo para diseñar una inconducta que consiste en manipular por sí mismo los propios estados de conciencia, cualquiera sea la peligrosidad del producto utilizado. La droga es el antimodelo ideal para definir una manera que, gracias a la ingestión de una sustancia, evita los caminos de la conflictividad. Cambiar la personalidad de verdaderos enfermos es devolverles la salud; cambiar la de personas de las que se duda que estén enfermas, es drogarlas, incluso cuando la droga no represente peligro. El paciente que goza de una buena calidad de vida ¿no es sospechoso de estar confortablemente drogado? Es respecto de esto que se ha alcanzado *un* ideal de persona.

La dependencia, esta relación patológica con un producto, una actividad o una persona es, junto con la depresión, la otra gran obsesión de la psiquiatría.[110] Para el psiquiatra biológico o comportamentalista, se trata de una conducta riesgosa. Para nuestras sociedades se ha convertido en una cosa de las más esenciales porque lo que está en juego es menos médico que simbólico. En efecto, el drogadicto es el hombre respecto del cual se está de acuerdo con que ha franqueado la frontera entre todo lo que es posible y todo lo que está permitido. Constituye la figura radical del individuo soberano. La dependencia es el precio de la libertad sin límites que se dará al sujeto: la dependencia equivale a una forma de esclavitud. Es, junto con la locura, la segunda manera de decir lo que pasa cuando una parte del sujeto vacila en el interior de una persona. Pero la locura y la depresión lo dicen de un modo por completo opuesto. Si la primera es reveladora de la cara oscura del nacimiento del sujeto moderno, la segunda pone masivamente a la luz la de su decadencia.

La locura reviste, en sus casos más extremos, la forma de una disolución identitaria –la distancia máxima que puede separar la interioridad de cada uno. La dependencia tiende, a la inversa, hacia una fusión identitaria –la distancia es mínima. La locura ya lleva dos siglos de historia, la dependencia menos de cuarenta años. El tema se desarrolla, en un principio, sobre la droga.

110 Un tercer tema ha entrado en escena más recientemente: el nuevo continente de las violencias sexuales.

Es una preocupación de las sociedades de abundancia: se expande en los Estados Unidos y en Europa en el curso de los años 1960 en nombre del derecho a disponer libremente de sí, derecho alienado por la sociedad burguesa, el capitalismo y el condicionamiento generalizado de las masas por el consumo.[111] Luego, la noción de dependencia se extiende y designa una relación patológica independiente de su objeto.

Para pasar de la locura a la dependencia en menos de dos siglos, había sido necesaria, previamente, la invención de la neurosis, a fines del siglo XIX; luego, su derivación hacia la depresión en el último tercio del siglo XX. La dependencia es a la liberación psíquica y a la iniciativa individual lo que la locura era a la ley de la razón: una noción de sí mismo que nunca resulta suficiente (la inseguridad identitaria), una exigencia de acción a la cual nunca se responde de modo suficiente (la indecisión del individuo, la acción incontrolada del impulsivo). Si la aspiración a ser uno mismo conduce a la depresión, la depresión conduce a la dependencia, esta nostalgia del sujeto perdido.

La Declaración de los Derechos del Hombre enuncia que el hombre es propietario de sí mismo –la Revolución acaba de instituir políticamente el sujeto moderno; la locura se transforma en enfermedad de una libertad específicamente humana, inherente a esta indeterminación que caracteriza su razón y su ley. Dos siglos más tarde, la propiedad de sí mismo se ha convertido en nuestra forma de vida, se realiza sociológicamente en las costumbres, se aloja en el corazón de la intimidad soberana de cada uno. En los linderos de la modernidad democrática, el hombre llega a ver hasta la *escisión*: en el curso del último tercio de siglo XX, el hombre depende hasta la *fusión*.

La locura es la contracara de un sujeto racional, la neurosis freudiana la de un sujeto conflictual, la depresión la de un individuo que es solamente sí mismo y, en consecuencia, jamás suficientemente sí mismo, como si corriera permanentemente detrás de su sombra, sombra de la cual depende. Si la depresión es la patología de una conciencia *que no es más que sí misma,* la dependencia es la patología de una conciencia que *jamás es suficientemente ella misma,* jamás suficientemente satisfecha de su identidad, jamás suficientemente en acción –demasiado indecisa, demasiado explosiva. La depresión y la dependencia son como el derecho y el revés de una misma patología de la insuficiencia.

Las imágenes de omnipotencia de las publicidades para ciertos antidepresivos son la réplica de normas inherentes a nuestras formas de vida. Pero estas normas recuerdan, extrañamente, a lo que da popularidad a la droga: la manipulación de sí mismo por la manipulación de los propios estados de conciencia. Si existe una clara imagen caricaturesca de lo privado, es la del "toxicómano", como se dice en Francia. El imaginario de la droga ha penetrado nuestras sociedades mucho más allá del número de sus consumidores. Las nuevas moléculas abren un novedoso horizonte de preguntas: la posibilidad ilimitada de alimentar el propio interior mental sin la toxicidad de las drogas o los efectos secundarios de los antiguos tipos de antidepresivos. Esta

111 Véase *L'individu incertain, op. cit.*, cap. 2, "Abstinence et République".

posibilidad suscita alarma moral porque, carente del poder de referirse a una enfermedad, se encuentra en los imaginarios de la droga. Imaginarios, en efecto, porque no es sólo la peligrosidad lo que está en juego. Es, en rigor, "la gracia sin el mérito", según pensaba el poeta Octavio Paz, es decir, sin el trabajo, sin la elaboración, sin la voluntad de una persona. En la droga, al sujeto le faltará el impulso.

La depresión es el mediador que hace visibles los procesos por los cuales el hombre enfermo del conflicto, que se arriesgaba a la locura, sufre ahora de una dependencia que *aviva* la dependencia. La locura es un acontecimiento que nos toca sufrir, la droga es una acción que nos hace llegar a ella.[112] Me vuelvo loco, pero me drogo. La droga es un comportamiento: implica una intención y una acción. Contrariamente a la locura, pone en juego la voluntad, de la cual es justamente la patología ¿Acaso las drogas no son los medios que empleamos para multiplicar nuestras capacidades personales, con las cuales tratamos de aumentar nuestra resistencia, nuestra concentración, nuestra imaginación y nuestros placeres? Ahora bien, la voluntad, como lo recuerda Jean-Pierre Vernant, "es la persona considerada en su aspecto de agente, el Yo reconocido en tanto fuente de actos de los cuales no se es responsable solamente frente a los demás, sino también respecto de los cuales uno se siente personalmente comprometido". La voluntad, prosigue Vernant, supone "una preeminencia reconocida en la acción, en la que el sujeto humano se presenta como origen, causa productora de todos los actos que emanan de uno".[113]

Se han borrado las múltiples distinciones que separan a la acción y al agente en las sociedades religiosas: la acción no tiene otro agente que el que la cumple y de la cual es el único responsable. La figura del sujeto sale de aquí ampliamente transformada. La cuestión de la acción ya no es: ¿tengo el derecho de hacerlo? sino ¿soy capaz de hacerlo? De allí en más, nos hallamos profundamente comprometidos en una experiencia común en la que la referencia a lo permitido se halla encajada en una referencia a lo posible.

A partir de ello, se produce un doble movimiento. En primer lugar, una aceleración tecnológica en el sentido de la remodelación permanente de cada uno, una especie de ola ciberhumana, como lo señala el catálogo de la exposición *Post-Humano,* realizada en Lausana en 1992: "Cada vez más, la gente comprende que no existe la menor pertinencia en tratar de «curar» un desorden de la personalidad. Por el contrario, resultaría más adecuado, parece, esforzarse en tratar de modificarla que en tratarla."[114] En segundo

112 La distinción entre acción y acontecimiento se debe a Donald Davidson. Véase la discusión de sus tesis por Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre, op. cit.*, pp. 93-97.

113 J.-P. Vernant y P. Vidal Naquet: *Mythe et tragédie dans la Grèce ancienne*, Paris, La Découverte, 1972, p. 44.

114 *Post-Human*, Lausanne, Museo de Arte Contemporáneo de Lausanne, 1992. Véase también la crónica de los fantasmas de la virtud en M. Dery, *Vitesse virtuelle-La cyberculture aujord'hui*, Abbeville, Tempo, 1997. La readaptación es uno de los rasgos principales de la ideología de lo virtual. Véase A. Ehrenberg, "Ciberespaces, New Age electronique", en *L'Individu incertain, op. cit.*, pp. 274-294.

lugar, y de modo paralelo, se asiste a una aceleración moral. De allí la sobrecarga sobre la ley penal cuando se trata de "límites" que el sujeto no debería sobrepasar para seguir siendo sujeto ¿Dónde está el "límite" entre un pequeño retoque de cirugía estética y la conversión en un androide como Michael Jackson, entre una gestión hábil de los propios humores por medio de psicotrópicos y la transformación en "el robot químico", entre estrategias de seducción "demasiado" apremiantes y el abuso sexual, entre el reconocimiento de la igualdad de derechos de los homosexuales y el derecho a una filiación que las leyes de la vida no autorizan hasta el presente?, etc. Las fronteras de la persona y las que distinguen a las personas entre sí constituyen el objeto de una preocupación tal que ya no se sabe *qué cosa es cada cosa*. ¿Acaso el incesto no es, como la dependencia, "un cortocircuito con uno mismo"?[115] Una sociedad de iniciativa individual y de liberación psíquica, en la medida en que lleva a cada uno a decidir permanentemente, alienta las prácticas de la modificación de sí y, simultáneamente, crea problemas de estructuración de sí que no constituían objeto de ninguna atención en una sociedad disciplinaria. La absorción del continente de lo permitido en el de lo posible hace que, si puedo decirlo así, nadie pueda ya ignorar la ley.

Esta preocupación por los "límites" confirma, en apariencia, que el individualismo contemporáneo no es otra cosa que el triunfo del hombre privado, y abarca hasta lo más profundo de su desdicha.[116] Parece más bien que nos hallamos confrontados a una reformulación del conjunto. La acción pública está, también ella, involucrada en la redefinición de lo íntimo, en "la gran transformación" de las maneras de representarnos.

La "desconflictualización" de lo social o la intimidad como nueva constricción política

La nueva atención dirigida al sufrimiento en las cuestiones sociales conduce a la instalación del apoyo psicológico en los traumatismos más diversos (víctimas de atentados o del desempleo). El apoyo psicológico es una forma de regulación de sus vulnerabilidades, respecto de las cuales no dejan de insistir numerosos informes y obras.

Tengamos cuidado, sin embargo, con zozobrar en la moda del sufrimiento sin interrogarnos sobre los motivos de esa atención. Ello conduce, demasiado a menudo, a denunciar el abandono de los pobres por las elites, mientras que la acción política enfrenta dificultades nuevas. ¿Qué tiene que ver la política con el sufrimiento?[117] El sufrimiento es individual e indica una acción destinada a desenmarañar lo personal o los cuerpos profesionales que lo tratan.

115 F. Héritier, *Les Deux Sources et leur mère*, Paris, Odile Jacob, 1994, p. 74.

116 Para esta posición, véase T. Anatrella, *Non à la société dépresive*, Paris, Flammarion, 1993.

117 "La razón de ser de la política es la libertad, y su campo de experiencia es la acción", escribe Hannah Arendt, *La Crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972, p. 190. Subrayado por Arendt.

La preocupación por el sufrimiento participa de la declinación de las dimensiones conflictivas de lo social, del cual es revelador el aumento de las desigualdades entre los grupos. En lugar de las luchas entre grupos sociales, competencias individuales que afectan de otra manera a las personas –menos "municipalmente", habría escrito Musil. Se asiste a un doble fenómeno de universalización creciente (la mundialización) pero abstracto, y de personalización creciente, pero sentida más fuertemente. En efecto, se puede combatir a un patrón o a una clase adversa, pero ¿cómo hacerlo con la mundialización? Es más difícil reclamar justicia en este contexto, más difícil atribuir a un adversario visible la responsabilidad de una situación de la cual uno se siente víctima. Por otra parte, cada vez se establecen más diferencias entre sufrimiento e injusticia, compasión y desigualdad, conflictos legítimos, que aspiran a un reparto más justo de la riqueza producida, y conflictos ilegítimos, que provienen de corporativismos bien instalados en el esquema de relaciones de fuerza. El resentimiento se vuelve contra sí mismo (la depresión es una autoagresión), se proyecta contra el chivo emisario (en Francia, el Frente Nacional contribuye a hacer reaparecer la figura del enemigo, que había desaparecido desde finales de la Segunda Guerra Mundial)[118] o se despoja en la búsqueda de identidades de tipo comunitario.

Más que a una crisis de la política y del sujeto que resultan del ascenso del individualismo, se asiste a un cambio solidario de las figuras de la persona *y* de la política. La acción en común ya no consiste en movimientos de masas, bajo la conducción de una organización y de cara a un adversario discernible. La representación política ya no se distribuye en función de la pertenencia de clase, como lo muestra unánimemente la sociología electoral. La ciudadanía ya no consiste en poner entre paréntesis los intereses privados de cada uno. Por cierto, no hay acción política en el horizonte de un mundo común, sino que este horizonte pasa en nuestros días por la *individualización de la acción*. La acción política consiste menos a menudo en resolver los conflictos entre adversarios que en facilitar colectivamente la acción individual. Es ésta una nueva constricción política.

Se ve hoy, particularmente en el dominio de lo social que constituye un verdadero laboratorio de experiencias y de reflexiones en la materia, difundirse nuevas formas de acción pública, cuyo resorte no es el conflicto, sino el compañerismo y la mediación. El conflicto ya no es algo dado, sino algo a construir, a *situar*. En las situaciones de precariedad, la problemática de la ventanilla a la que el asegurado social iba a recibir una colocación en función de una oferta de empleo ya no se adapta al desempleo de larga duración. La mediación y la inserción de una persona en una red de compañeros está reemplazando a este mecanismo de protección social. El objetivo es permitir a las personas resolver sus propios problemas por ellas mismas, pero acompañadas de manera múltiple en sus recorridos. Al producir el individualismo, se espera de la misma manera

118 Sobre la declinación de la figura del enemigo, véase A, Bergougnoux y B. Manin, *La Social-Démocratie ou le Compromis*, Paris, PUF, 1979.

producir la sociedad.[119] Los derechohabientes toman una participación activa en su reinserción pero, en contrapartida, el papel de las instituciones consiste en ponerlos en condiciones de hacerlo: hacer ceder la vergüenza reconstruyendo la dignidad, producir el respeto donde el menosprecio es permanente, reconstruir la individualidad donde ésta se disuelve por la desesperación o la ausencia de ley, etcétera.

Las inflexiones que están en camino de operarse en el caso de la lucha contra los usos de la droga son igualmente ejemplares de la reformulación de la acción pública. Los productos (methadona, antidepresivos) que permiten reducir los riesgos, tienen su correspondencia judicial con las "magistraturas del sujeto". Sostener a largo plazo la insuficiencia de las personas, sus dificultades para ser autónomas (se trata de vivir con las drogas) y reinscribirlas en la culpabilidad son los modos de regulación que están en proceso de desarrollarse simultáneamente en Francia (aunque sea en medio de la mayor confusión).

Una estrategia de los tribunales para con los infantes es tomar a los delincuentes menores de edad por personas de plenos derechos: el objeto no es sólo quebrar el sentimiento de impunidad sancionándolos, sino también "explicar lo que es la ley, explicar las consecuencias penales, y sobre todo sociales, de la infracción".[120] Las comisiones de atribución del RMI toman al individuo precarizado, partiendo del punto de vista de que "la exclusión se define por la pérdida o la imposibilidad de acceder a los factores usuales de la identidad social".[121] En los casos, el blanco está en la capacidad de proyectarse hacia el porvenir. En los dos casos, la acción pública rehace la interioridad al integrar en las estrategias de resocialización lo que cuenta personalmente para el individuo desfalleciente, haciendo visible los elementos internos sobre los cuales es susceptible de apoyarse.

Por cierto, estos métodos no constituyen ninguna panacea: las exigencias que a veces conllevan para los más frágiles, en términos de proyecto de inserción y de contrato, pueden tener efectos catastróficos. Un reciente informe sobre la salud mental de las poblaciones precarias lo subraya: "El

119 Es la tesis defendida por Jacques Donzelot desde *L'Invention du social* en 1984, *op. cit.* En la introducción de una edición de *Esprit*, sobre el trabajo social, escribe junto a Joël Roman: "Es necesario entonces producirla [la sociedad] no ya sometiendo a los individuos, sino solicitándolos, movilizando sus afectos, sus aspiraciones, sus deseos, poniéndolos sobre ellos, pidiéndolos que hagan existir la sociedad por su deseo de probar su utilidad cuando ésta ya no puede realizarse y no se sabe de qué forma brindarla", "1972-1998: les nouvelles donnes du social", *Esprit*, marzo-abril de 1998, p. 19. En su último trabajo sobre la figuración del pueblo, Pierre Rosanvallon, concluye sobre un punto que yo comparto enteramente: "Si hay necesidad de un nosotros para ser cada uno, construcción de sí y construcción de un mundo común van a la par. Se abre así, de manera muy balbuciente, la perspectiva inédita de una *política de la subjetividad*, que implica a la vez una nueva forma de hablar del individuo y una nueva comprensión de la naturaleza de la política", *Le Peuple introuvable-Histoire de la represéntation démocratique en France*, Paris, Gallimard, 1998, p. 360. El subrayado es de Rosanvallon.

120 A. Wyvekens, "Délinquance des mineurs: justice de proximité et justice tutélaire", *Esprit*, marzo-abril, 1998, p. 168.

121 I. Astier, "RMI: du travail social à une politique des individus", en *ibid.*, p. 144.

esfuerzo demandado a las personas para insertarse es, en general, muy superior al que se demanda a las personas socialmente bien integradas".[122] La reificación del proyecto y de los lazos de compañerismo no es algo raro, y los medios de acción, por otra parte, pueden faltar cruelmente, pero es la perspectiva lo que debe comprenderse aquí. Un nuevo espacio público, quizás, está en vías de estructurarse: éste pone de relieve más bien la subjetividad común de las personas que la objetividad de los intereses contradictorios; tiende más a producir autonomía que a resolver los conflictos.

Se critica demasiado sistemáticamente la falta de mediaciones que permitan reformar un estilo de representación política que se articule más con los nuevos problemas de la sociedad. Sin embargo, estas mediaciones se buscan y, cualesquiera que sean sus dificultades, constituyen una puesta en marcha que da sentido a la acción pública en una sociedad de individuos. Sus dificultades mismas llevan a pensar, a través de lo que se experimenta aquí y allá, en las referencias políticas que habrán de tomarse en la nueva edad de la persona.

El interés de las nuevas políticas sociales por la reflexión es el de mostrarnos que existen procedimientos públicos propios de los actores organizados cuyo objetivo es permitir a la individualidad asegurar la responsabilidad de su vida, y comprender a fondo su miseria. Estos modos de acción estatales contribuyen a producir la individualidad, con la necesidad de acompañarla por largo plazo. Mantienen una referencia común susceptible de guiar la acción de cada individuo en tanto que es *la suya,* a la vez semejante a sus derechos y singular en cuanto a los problemas que debe resolver. La diferencia individual ya no se halla enteramente subsumida bajo la desigualdad colectiva. Las relaciones entre desigualdad y diferencia se convierten entonces en cuestiones políticas. El individualismo contemporáneo es menos la victoria del egoísmo sobre el civismo que un cambio de la experiencia del mundo.

El individuo, una cuestión institucional y no subjetiva

Un conjunto de facetas que van desde la automedicación a la acción pública individualizante diseñan las nuevas figuras de la individualidad. El modo de ser de estas figuras ya no es el conflicto de las sociedades de clase o del individuo constreñido por la disciplina. Las aspiraciones, los problemas, las soluciones que dan forma al conjunto son otros. Hemos cambiado nuestro "mundo de significaciones", nuestras maneras de considerar el reparto entre la verdad y el error. Es aquí que interviene la cuestión de la institución de sí. Esta noción permite, me parece, en que el individualismo no puede ser reducido a la privatización de la existencia,

122 A. Lazarus, comunicación citada, p. 14. Una encuesta del Observatorio regional de la salud Nord-Pas-de-Calais consigna que, en esta región "la puesta en práctica de un proyecto de vida individual ha cambiado para las mujeres, pero se ha visto acompañado de dudas, angustias, alcoholismo y tabaquismo", *Le Monde*, 1° de octubre de 1996.

es decir, en la medida en que supone "un mundo como mundo público y común".[123]

De la obediencia a la acción, de la disciplina a la autonomía, de la identificación a la identidad, estos desplazamientos han borrado la frontera entre el ciudadano, público, y el individuo, privado. Por cierto, se puede lamentarlo, pero es inútil, e incluso nefasto políticamente dar vuelta la cara. Esta situación resulta de una pérdida de productividad del conflicto. Esta declinación que implica que, en consecuencia, estemos inexorablemente conducidos a compartir el mundo con los demás. El individuo no es un género de persona abandonada a sí misma, como si estuviese confrontado solamente con sus elecciones ni, a la inversa, un *"bricolage"* entre "subjetividades" que podrían cambiar su estilo de vida como en un supermercado.

Si las constricciones morales se han aligerado, la constricciones psíquicas han desvanecido la escena social: la emancipación y la acción extienden desmesuradamente la responsabilidad individual, agudizan la conciencia de ser nada más que sí mismos. Lo íntimo ha entrado en lo histórico, del cual ha conocido entonces, sus torbellinos. De aquí esta impresión de desinstitucionalización masiva que a menudo los sociólogos interpretan un poco perezosamente como una psicologización de las relaciones sociales. La relación social de nuestros días sería psicologizante (porque califica a algo de "personal", mientras que antes era "encuadrado"), consistiría en establecer un vínculo entre un Yo (una subjetividad) y otro Yo (la relación entre los dos forman una intersubjetividad) en una suerte de contractualismo generalizado, y tendría por finalidad la realización (mutua) de cada uno. Tradicionalmente, se le atribuía al individuo el egoísmo (al cual debía encuadrar una comunidad); ahora se le agrega una empatía que podría por sí sola hacer una sociedad. Los métodos científicos, por otra parte a menudo irreprochables, enmascaran dificultosamente la confusión conceptual. Una sociedad se compone de actores y se mantiene gracias a la institución, es decir, como escribe Marcel Mauss, "un conjunto de actos o de ideas por completo instituidos, que los individuos encuentran ante ellos y que se imponen más o menos a ellos".[124] Ahora bien, es un conjunto cuyas referencias convergen todas hacia la modificación y el respaldo que los individuos encuentran por todas partes.

La convergencia de lo estatal, de lo profesional, de lo escolar y de lo privado sobre la iniciativa personal, combinadas a una libertad de costumbres inédita y a una multiplicación de la oferta de referentes, otorga a lo psíquico una inscripción social, y desde luego personal, enteramente inédita. El estilo de respuesta a los nuevos problemas de la persona toma la forma de prácticas de tratamiento y apoyo a los individuos, eventualmente a lo largo de toda la vida. Constituyen una forma de tratamiento que se despliega por múltiples

123 "La institución social del individuo debe hacer existir para la psiquis un mundo como mundo público y común", C. Castoriadis, *L'Institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975, p. 431. "Monde de significations", p. 481.

124 M. Mauss, *Oeuvres*, tomo III, Paris, Minuit, 1969, p. 150, citado por V. Descombes, *Les Institutions du sens, op. cit.*, p. 296.

vías farmacológicas, psicoterapéuticas, o socio-políticas. Los productos, las personas o las organizaciones son su soporte. Estos actores múltiples, que revelan la misión de servicios públicos o de servicios relacionales privados, se remiten a una misma regla: producir una individualidad susceptible de actuar por sí misma y de modificarse apoyándose en sus propios resortes internos. Esta regla puede servir tanto de instrumento de dominación como de medio de reinserción o de tratamiento terapéutico. Las formas de afrontar las situaciones, las estrategias o los juicios de los actores se construyen en este imaginario, y no en el de una "lucha final", o en el de la supervivencia. Una vez incorporado a nuestros usos, inserto en las costumbres, disponiendo de un vocabulario empleado de modo permanente (elaborar proyectos, cumplir los contratos, suscitar la motivación, etc.) esta regla se ha hecho cuerpo en nosotros. Se ha instituido. Estas nuevas formas comunes de producción de la individualidad son las instituciones de sí mismo.

En menos de medio siglo se ha producido una inflexión en los modos de institución de la persona. Habíamos sido preparados para la primera ola de emancipación, que era la revuelta del hombre privado contra la obligación de adherir a los fines comunes, por estos evangelios del desarrollo personal, de los cuales Philip Rieff anunciaba su futuro triunfo en 1966. Estamos ahora en medio de una segunda ola, la de los cuadros en los que la iniciativa individual se encuentra sometida a la consideración de normas de rendimiento: la iniciativa individual le es necesaria al individuo para mantenerse en la sociabilidad. La inhibición y la impulsividad, la vida apática y la satisfacción estimulante lo escoltan como una sombra. Tanto los ideales como las constricciones se han modificado.

A finales de los años 1960, la emancipación es la consigna que reúne tras de sí a la juventud: todo es posible. El movimiento es antiinstitucional: la familia es agobiante, la escuela un cuartel, el trabajo (y su contrario, el consumo) una alienación, y la ley (la burguesa, se entiende) un instrumento de dominación del cual es necesario liberarse ("Prohibido prohibir"). Una libertad de costumbres inédita se injerta en el progreso de las condiciones materiales, y la apertura de las trayectorias personales, esta movilidad ascendente se convierte en una realidad tangible en el curso de una década. Si la locura aparece en el debate público de comienzos de los años de la década del 70 como un símbolo de la opresión moderna más que como una enfermedad, es claro que todo se considera posible –el loco no es un enfermo, se entiende, es diferente, y sufre a causa de la no aceptación de esta diferencia. Treinta años más tarde, existe el peligro de que se imponga otra consigna: nada es posible. Un sentimiento de agobio respecto del presente invade los espíritus. La rigidez de las condiciones materiales de vida, y el hundimiento de una parte de la población, que es lo que designa el término exclusión, confirman este sentimiento. Por todas partes se siente estallar múltiples demandas. El tema del *remitirse-a-la-ley* y *de-los-límites-que-no-deben-ser-sobrepasa-*

dos sucede manifiestamente a las aspiraciones colectivas a que ya no se pongan límites a la libertad de elegir cada uno su propia vida.

La historia de la depresión nos ha ayudado, según creo, a comprender esta inversión social y mental. Su ascenso irresistible impregna las dos parejas de modificaciones que han afectado al sujeto de la primera mitad del siglo xx, la liberación psíquica y la inseguridad identitaria, la iniciativa individual y la impotencia para actuar. Estas dos parejas de conceptos revelan algunas apuestas antropológicas del ingreso de la caída del conflicto neurótico en el campo de la insuficiencia depresiva en psiquiatría. El individuo sale de aquí confrontado a otros mensajes provenientes de ese desconocido que no llega a controlar, de esa parte irreductible que los occidentales han llamado el inconsciente: en lugar de una *falla* íntima, en la que los elementos están relacionados porque están en conflicto, una *carencia* interior, en la que no hay ni conflicto ni relación. Estamos, entonces, menos agobiados por leyes que el tipo de sujeto que ya ha desaparecido, pero estas leyes han cambiado: producen menos los conflictos patológicos de las neurosis que las relaciones patológicas de la dependencia. Es inútil, en consecuencia, agitarse abogando por un regreso de lo prohibido, o recordar incansablemente que es necesario poner límites a los sujetos que ya no los conocen. Porque no volveremos hacia atrás, resulta entonces que es de capital importancia comprender que lo desconocido en nosotros se transforma, y que los costos se desplazan como las ganancias.

Esta historia es, finalmente, muy simple. La emancipación, quizá, nos ha dejado salir de los dramas de la culpabilidad y de la obsesión, pero nos ha conducido, con toda certeza, a los de la responsabilidad y de la acción. Es así que la fatiga depresiva ha tomado el lugar de la angustia neurótica.

Conclusión

EL PESO DE LO POSIBLE

Todo se ha hecho tan complicado que, para volver a encontrarlo, es necesario un espíritu excepcional.
Pues no es suficiente jugar bien el juego; la siguiente cuestión vuelve una y otra vez sin cesar: ¿se puede jugar *este juego* ahora, y qué es el buen juego?

Ludwig WITTGENSTEIN,
Remarques mêlées (1937), 1984.

Sin padre, sin nombre, el héroe cronenbergiano va a intentar *fabricarse* [...] una esencia para el encanto tecnológico.

Serge GRÜNBERG,
David Cronenberg, 1992.

La depresión amenaza al individuo semejante sólo a sí mismo como el pecado acechaba al alma vuelta hacia Dios, o la culpabilidad al hombre desgarrado por el conflicto. Más que una miseria afectiva, es una forma de vivir. El hecho capital de la individualidad en el curso de la segunda mitad del siglo xx es, en efecto, la confrontación entre la noción de posibilidad ilimitada y la de falta de dominio. El ascenso de la depresión ha puesto de relieve las tensiones producidas por esta confrontación a medida que el continente de lo permitido ha retrocedido en provecho del de lo posible.

Este ensayo se ha inspirado en la intención que se encuentra en la ciencia ficción,[1] y particularmente en la de David Cronenberg. El cineasta explora los interiores, pero no los de los seres sensibles y nerviosos, ignora los estropicios del "lecho conyugal" que, hace un siglo, contribuían a formar la clientela (sobre todo femenina) de Freud. Su cámara quirúrgica flota en la carne mutante de un paisaje mental vertiginoso, en la que todo es posible para el hombre. Toquetea "su parte de animalidad".[2] Los gemelos, la teletransportación, la droga, el video o el accidente automovilístico son sus medios de describir las

1 "El hecho capital del siglo xx, escribe James Ballard, es la aparición de la noción de la posibilidad ilimitada", "Prefacio" a *Crash*, París, Calmann-Lévy, 1974, p. 8. El subrayado es de Ballard. De allí la misión que atribuye a la ciencia ficción: "Parece que ningún género puede ya explorar el inmenso continente de lo posible más que la ciencia ficción", *ibid.*, p. 8.

2 S. Toubiana, "L'homme tout bête", *Cahiers du cinéma*, nº 453, marzo de 1992, p. 9. Woody Allen representaría el otro extremo del cine interior. Así, declaraba recientemente: "Soy el resultado de la televisión y de los problemas psicológicos: me intereso en los movimientos interiores [...] La escena de la comedia se ha desplazado de lo exterior a lo interior. Ya no se lucha

mutaciones de los estados interiores, los cambios brutales en el cuerpo. La identidad oscila entre el hombre y el insecto en *La Mosca* (1986) y la droga se intercala en el tránsito que el héroe recorre entre la humanidad y la monstruosidad. Al comienzo de su transmutación, el protagonista ve sus capacidades multiplicadas, es el todopoderoso soberano de sí mismo, y todo le es posible –es su monumento nietzscheano. "La homosexualidad biológica" de los gemelos ginecólogos de *Falsos Semblantes* (1988) es el cortocircuito del mínimo de distancia (conflictiva) que le habría permitido a *cada uno* vivir sin el otro, ser *individuos*. En este "viaje del derecho al revés"[3] no hay conflictos, sino una dupla funcional que ninguna mujer puede separar y que termina por naufragar en la droga. Si el hombre semejante sólo a sí mismo es "el fruto más maduro del árbol", no sorprende en absoluto que caiga primero –es su momento democrático.

A la extinción de la identidad personal en el doble (*Falsos Semblantes*) responde la hesitación identitaria entre el humano y el insecto (*La Mosca*). Estas películas exploran dos facetas de nuestras perplejidades: la duplicación de sí mismo que da lugar al conflicto, la extrañeza absoluta que introduce el conflicto (¿se trata de un insecto monstruoso o queda una parte humana, un *sujeto*, en la mosca?) Lo más cercano y lo más distante se entremezclan. Esta ciencia ficción recorta la frontera entre lo humano y lo inhumano para el placer cerebral del espectador. Cronenberg tiene un teorema: eso cambia en nosotros, pero nunca deja de ser humano.

Es esto exactamente lo que nos enseñan la depresión y la adicción. Nos han hecho recorrer algunas regiones de este continente de lo posible que está progresivamente instalado en la declinación de los viejos sistemas morales. En este espacio, el "de las transgresiones sin prohibiciones"[4] se encuentran las elecciones sin renuncias y las anormalidades sin patologías. Hay algunas cuestiones vivas de lo íntimo que ha comenzado a explorar una antropología de las sociedades democráticas. Quiero menos hacer ciencia que poner en escena algunas transformaciones de "este punto nodal del espíritu", como dice James G. Ballard, "en que la realidad exterior y el universo mental se encuentran en una vibración única".[5] Aquí reside el interés inagotable de la psiquiatría y de la psicopatología para comprender las cuestiones humanas. Su lenguaje se ha hecho para enunciar estas vibraciones impalpables que constituyen la persona. Antes que proceder a los rituales de encantamiento sobre *la-crisis-del-sujeto,* he preferido servirme de estas disciplinas para

contra las locomotoras. Estos nuevos conflictos me resultan excitantes". Entrevista en *Liberation*, 21 de enero de 1988.

3 C. Tresson, "Voyage au bout de l'envers", *Cahiers du cinéma*, n° 416, febrero de 1989. "La homosexualité biologique", p. 9.

4 C. Desbarat, "La frontière", *Trafic*, n° 13, 1995, citado por O. Mongin, *La Violence des images*, Paris, Seuil, 1997, p. 11. Olivier Mongin muestra que, en el cine contemporáneo, "la violencia vacila entre una interiorización que la reprime en el cuerpo y un pasaje hacia la explosión del acto". En cuanto al conflicto "ya no es traducible ni simbolizable, agrega, el pasaje al acto es de una violencia extrema y temible", *ibid.*, pp. 67-68.

5 J.-G. Ballard, *op. cit.*, pp. 9-10.

poner en perspectiva las transformaciones de la subjetividad que ellas nos muestran.

Del inhallable sujeto de la depresión a la nostalgia del sujeto perdido de la adicción, de la pasión de ser uno mismo a la esclavitud de verse sólo uno mismo, hemos realizado el "viaje del derecho al revés". En 1800, la cuestión de la persona patológica aparecía en el polo locura-delirio. En 1900, se transforma con los dilemas de la culpabilidad, dilemas que desgarran al hombre enervado por sus tentativas de superarlos. En el año 2000, las patologías de la persona son las de la responsabilidad de un individuo que ha franqueado la ley de los padres y los antiguos sistemas de obediencia o de conformidad a las reglas exteriores. La depresión y la adicción son como el anverso y el reverso del individuo soberano, del hombre que cree ser el autor de su propia vida mientras sigue siendo "el sujeto en el doble sentido del término: el actor y el paciente".[6]

La depresión recuerda muy concretamente que ser propietario de sí mismo no significa que todo es posible –eso que asciende y eso que desciende en nosotros, eso que se contracta y eso que se descontracta. Porque *nos detiene*, la depresión tiene el interés de recordarnos que nada deja de ser humano, que se sigue encadenado a un sistema de significaciones que lo supera y lo constituye al mismo tiempo. La dimensión simbólica, a la cual en otra época la religión había cargado y otorgado un sentido inexorable para cada uno, impregna a tal punto a la especie humana que no solamente se hace cargo de su propia historia, en la lógica democrática tradicional, sino que también adquiere su propia corporalidad nerviosa, en la lógica tecnológica contemporánea. La depresión diseña para cada uno el estilo de lo incontrolable para cada uno en la época de la posibilidad ilimitada. Podemos manipular nuestra naturaleza mental o corporal, podemos hacer retroceder nuestros límites por múltiples medios, pero esta manipulación no nos libera de nada. Las constricciones y las libertades se modifican, pero "la parte de lo irreductible"[7] no disminuye. Solamente cambia –ni más ni menos– y es este cambio lo que el autor de este libro espera haber contribuido a esclarecer. Si, como pensaba Freud, "el hombre se vuelve neurótico porque no puede resistir el grado de renunciamiento exigido por la sociedad",[8] termina deprimiéndose porque debe soportar la ilusión de que todo le es posible.

A la implosión depresiva le responde la explosión adictiva; a la falta de sensaciones del deprimido le responde la búsqueda de sensaciones del drogadicto. La depresión, esta patología crucial, ha servido de plataforma giratoria para diseñar esta modificación de la subjetividad de los modernos, este desplazamiento de la dura tarea de comportarse bien. En un contexto en el que la elección es la norma y la precariedad interna el precio, estas patologías

6 H. Arendt, *La Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961 y 1983, con un prefacio de Paul Ricoeur, p. 207.

7 Título de la parte que Lefort consagra a lo teológico-político en su *Essai sur le politique, op. cit.*, p. 249.

8 S. Freud, *Malaise dans la civilisation, op. cit.*, pp. 44-45.

componen la cara oscura de la intimidad contemporánea. Tal es la ecuación del individuo soberano: liberación psíquica e iniciativa individual, inseguridad identitaria e impotencia para actuar.

En esta oscilación residen algunas apuestas de nuestra psicología colectiva. Sin duda, nos hallamos todavía demasiado presos de una perspectiva rígida del sujeto conflictivo. Estamos, en consecuencia, enteramente despojados para pensar los nuevos problemas de la persona y esclarecernos a nosotros mismos, para inventar nuestro porvenir en lugar de lamentarnos por los buenos viejos tiempos en que las fronteras eran claras y el progreso una certeza. Hay aquí, además, parte de una ilusión retrospectiva, "la crisis de la modernidad", que resulta un tema recurrente. También la frontera es un lugar, y el laberinto un espacio habitable si se encuentra el hilo de Ariadna. Una sociedad de individuos no está destinada solamente a fabricar mónadas que no se encontrarán nada más que en los mercados, en las negociaciones de contratos de los hombres de ley y en las implosiones o explosiones de las acciones compulsivas. Esta sociedad ve al mismo tiempo que se modifican sus referentes políticos, toman otros giros las formas de compromiso público y se reformulan sus modos de acción.

Depresión y adicción son los nombres que se dan a lo incontrolable cuando ya no se trata de conquistar la propia libertad, sino de convertirse en uno mismo y tomar la iniciativa de actuar. Nos recuerdan que lo desconocido es constitutivo de la persona, hoy tanto como ayer. Se pueden modificar, pero es imposible hacerlas desaparecer –porque jamás dejarán de ser humanas. Esta es la lección de la depresión. La imposibilidad de reducir totalmente la distancia consigo mismo es inherente a una experiencia antropológica en la cual el hombre es propietario de sí mismo y fuente individual de su acción.

La depresión es la pantalla del hombre sin guía, y no tan sólo su miseria; es la contrapartida del despliegue de su energía. Las nociones de proyecto, de motivación o de comunicación dominan nuestra cultura normativa.[9] Son las palabras claves de la época. Ahora bien, la depresión es una patología de los tiempos (el deprimido no tiene futuro) y una patología de la motivación (el deprimido no tiene energía, su movimiento está atascado, y su palabra es lenta). El deprimido formula con dificultad sus proyectos, le faltan la energía y la motivación mínimas para realizarlos. Inhibido, impulsivo y compulsivo, se comunica mal consigo mismo y con los demás. Falto de proyecto, falto de motivación, falto de comunicación, el deprimido es el reverso exacto de nuestras normas de socialización. Nos asombramos de ver explotar, tanto en la psiquiatría como en el lenguaje común, el uso de los términos depresión y adicción, pues la responsabilidad se asume, en tanto que las patologías se tratan. El hombre deficitario y el hombre compulsivo son las dos caras de este Jano.

9 Revelan aquello que la filosofía del espíritu llama "intenciones": "La intención, escribe Vincent Descombes, es la acción en sí misma, descripta en su aspecto mental", *La Denrée mentale, op. cit.*, p. 35. Descombes precisa que "la filosofía del espíritu que define lo mental por la intencionalidad será mucho más una filosofía de la acción que una filosofía de las operaciones intelectuales", p. 40.

BIBLIOGRAFÍA

" Assises départementales de médecine sur les états dépressifs " (1972), *Les Cahiers de médecine*, n° 7, junio 1973.

" Les déprimés sont de plus en plus nombreux à travers le monde ", *JAMA*, vol. 18, n° 260, 15 marzo 1993.

" Les états anxiodépressifs : deux personnes sur dix sont concernés ", *Gazette médicale*, n° 24, 1991.

" Les nouveaux antidépresseurs ", *La Revue du praticien*, tomo 8, n° 268, 26 sept. 1994.

" Les troubles obsessionnels-compulsifs et leurs traitements ", número especial, *L'Encéphale*, XVI, sp I, julio-agosto 1990.

"Practice guideline for major depressive disorder in adults", *American Journal of Psychiatry*, 150, n° 4, 1993.

" Troubles anxieux et systèmes sérotoninergiques ", *Canal Psy*, agosto 1994 y enero 1995.

Aiach, P., Aiach, I., Colvez, A., " Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique ", *Psychologie médicale*, 15, 4, 1983.

Akers, R. L., " Addiction : The troublesome concept ", *The Journal of Drug Issues*, vol. 21, n° 4, 1991.

Akiskal, H. S., " Personnalité pathologique, tempérament et dépression ", *L'Encéphale*, " La durée des traitements de la dépression ", vol. XXI, sp II, marzo 1995.

Alexander B. y A. R. F. Schweighofer, " Defining Addiction ", *Canadian Psychology*, vol. 29, n° 2, 1988.

Amar S. y C. Barazer, " Tranquillité sur ordonnance ", *Esprit*, octubre 1991.

Amiel-Lebigre, F., " Épidémiologie des dépressions ", *in* P. Pichot (dir.), *Les Voies nouvelles de la dépression*, Paris, Masson, 1978.

Anatrella, T., *Non à la société dépressive*, Paris, Flammarion, 1993.

Anderson, O., *Freud avant Freud*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998 (ed. original en sueco, 1962).

Anzieu, D., "La psychanalyse au service de la psychologie", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, "Regards sur la psychanalyse en France", n° 20, 1979.

Arendt, H., *La Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961 y 1983, prefacio de Paul Ricœur.
Arendt, H., *La Crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972.
Astier, I., "RMI: du travail social à une politique des individus", *Esprit*, marzo-abril 1998.
Aulagnon, M., "Les consultations et le soutien psychologique de L'Élan Retrouvé", *Le Monde*, 4 junio 1997.
Ayd F. J., y B. Blackwell (eds.), *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphie, Lippincott, 1970.
Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique*, Ramonville Saint-Agne, Éres, 1995.
Bailly, D., "Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance", *L'Encéphale*, XIX, 1993.
Baland, M., "Les fondements psychologiques de la notion d'automatisme mental chez John Hughlings Jackson", *L'Information psychiatrique*, junio 1989, octubre 1989 y enero 1990.
Ballard, J.-G., *Crash*, Paris, Calmann-Lévy, 1974.
Ballus C., y C. Gasto, "Le rôle du généraliste dans l'assistance psychiatrique", *in* P. Pichot y W. Rein (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, vol. III, 1991.
Balvet, P., " Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine ", *in* P.-A. Lambert (comp.), *La Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965.
Barazer, C., " Avant-propos ", *Psychanalystes*, " Médicaments, psychanalyse ", n° 39, julio 1991.
Barazer, C., " Honte, vergogne, ironie ", *Psychanalyse, Traversées, Anthroplologie, Histoire*, "Modernités, résonnances psychiques", n° 1-2, 1997.
Barrett, R., *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997.
Baruk H., y Launay, J., " Aperçu historique sur la psychopharmacologie ", *in* Société Moreau de Tours, *Annales de thérapeutique psychiatrique. 2, Actualités de thérapeutique psychiatrique et de psychopharmacologie*, publicados por H. Baruk y J. Launay, Paris, PUF, 1965.
Baszanger, I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
Becker J-J.., y S. Berstein, *Nouvelle histoire de la France contemporaine*, vol. 12 : *Victoires et frustrations, 1914-1929*, Paris, Seuil, col. Points, 1990.
Bendjilali, C., " Place de la toxicomanie dans la dépression masquée. Valeur dépressive de certaines conduites pathologiques ", *Actualités psychiatriques*, n° 1, 1980.
Benkimoun, P., " Sérotonine et agressivité ", *Impact Médecin hebdo*, n° 301, 24 nov. 1995.
Bercherie, P., *Les Fondements de la clinique- Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, Ornicar, 1980.
Bergeret, J., " La dépression dite «névrotique» et le praticien ", *Concours médical*, n° 12, 1972.
Bergeret, J., " Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive ", *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6, sept.-dic. 1976.
Bergeret, J., " Présentation ", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 5-6, sept.-dic. 1976.
Bergeret J. y W. Reid (dir.), *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986.
Bergougnoux A., y B. Manin, *La social-démocratie ou le compromis*, Paris, PUF, 1979.
Bergouigan, M., " Les dépressions symptomatiques ", *La Revue du praticien*, 1° octubre 1963.

Berrios, G.-E., " Early Electroconvulsive Therapy in Britain, France and Germany : A Conceptual History ", *in* H. Freeman y G. E. Berrios (dir.), *150 Years of British Psychiatry*, vol. II, The Aftermath, Londres, Athlone, 1996.
Berrios, G.-E., " The Scientific Origins of Electroconvulsive Therapy : a Conceptual History ", *History of Psychiatry*, vol. 8, 1997.
Bertagna, L., " La chimiothérapie des états dépressifs ", *La Revue du praticien*, tomo IX, n° 21, 21 julio 1959.
Bertagna, L., J. P. Chartier y C. Brisset, " Commentaires de "Les dépressions" de C. Koupernik ", *Concours médical*, n° 15, 1975.
Bertherat, Y., " Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France ", *L'Information psychiatrique*, n° 3, mayo 1965.
Besançon, G., "La qualité de vie chez le malade somatique grave et chez le transplanté", *Synapse*, "Qualité de vie en psychiatrie", n° 98, julio-agosto 1993.
Blanc, C., "La psychopharmacologie", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 31, n° 4, 1966.
Blanc, C., " Conscience et inconscient dans la pensée neurobiologique actuelle. Quelques réflexions sur les faits et les méthodes ", *in* H. Ey, *L'Inconscient*, VI[e] coloquio de Bonneval (noviembre 1960), Desclée de Brouwer, Paris, 1966.
Bonnafé, L., H. Ey, S. Follin, J. Lacan, y J. Rouart (eds.), *Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, sl, Desclée de Brouwer, 1950.
Borel, J., *Le Déséquilibre psychique*, Paris, PUF, 1947.
Bougerol T. y J. C. Scotto, " Le déprimé : rémission ou guérison ? ", *L'Encéphale*, " Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé ", XX, sp., abril 1994.
Bougerol, T., " Antidépresseurs de génération récente ", La *Revue du praticien*, " Actualité des médicaments psychotropes ", vol. 44, n° 17, 1° noviembre 1994.
Boulenger J. P. y Y. J. Lavallée, " Anxiété ou dépression : dilemme diagnostique ou thérapeutique ? ", *Concours médical*, 15, junio 1991.
Boulenger J. P. y Y. J. Lavallée, " Attaques de panique, trouble panique et agoraphobie ", *Confrontations psychiatriques*, " L'Anxiété ", n° 36, 1995.
Boulenger J. P., (dir.), *L'Attaque de panique : un nouveau concept?*, Ed. Jean-Pierre Goureau, sl, sd (1987).
Boulenger J. P., y D. Moussaoui, " Perspectives pharmacologiques en psychiatrie biologique ", *Perspectives psychiatriques*, II, 76, 1980.
Bourdieu P., y J. C. Passeron, *La Reproduction*, Paris, Minuit, 1970.
Bourg, D., *L'Homme-artifice*, Paris, Gallimard, 1996.
Bourin M., y C. Cerlebaud, " La dépression et les antidépresseurs en médecine générale ", *Le Concours médical*, 8 julio 1989.
Bourin, M., " Quel avenir pour les antidépresseurs ? ", *La Lettre du pharmacologue*, vol. 8, n° 4, abril 1994.
Boyer, P., " États dépressifs et marqueurs biologiques ", *La Revue du praticien*, tomo XXXV, 11 mayo 1985.
Braconnier A., y F. Morel, " Psychopathologie de l'impulsivité ", *Psynergie*, 4° trim. 1995.
Breuer J., y S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1985 (1° ed., 1895).
Brisset, Ch., *Traité de psychiatrie*, con H. Ey y P. Bernard, Paris, Masson, 1989 (1ª ed. 1960).
Brisset, Ch., " La psychopharmacologie. Étude de nos moyens de connaissance des médicaments en psychiatrie ", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 4, 1966.
Brown S. L., y H. M. van Praag (eds.), *The Role of Serotonin in Psychiatric Disorders*, Clinical and Experimental Psychiatry Monograph, n° 4, New York, Brunner/ Mazel, 1991.

Brown, S. L. y H. M. van Praag, " Why Study Serotonin in Clinical Psychiatric? ", *in* S.L. Brown y H. M. van Praag, eds., *The role of serotonin in psychiatric disorders*, New York, Brunner/Mazel, 1991.
Brunetti, P. M., " Prévalence des troubles mentaux dans une population rurale du Vaucluse : données nouvelles et récapitulatives ", *L'Encéphale*, n° 61, 1973.
Bugard P., (dir.), *Stress, fatigue et dépression. L'homme et les agressions de la vie quotidienne*, Paris, Doin, 1974, vol. 1 y 2.
Burner M., " Thérapeutique des états de fatigue ", *Psychologie médicale*, " La fatigue: problème ou maladie ", vol. 18, n° 8, 1986.
Caldwell, A., *Origins of Psychopharmacology. From CPZ to LSD*, Springfield, Charles C. Thomas, 1970.
Canguilhem, G., *La Formation du concept de réflexe aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris, Vrin, 1977 (1a ed.1955).
Canguilhem, G., "Une pédagogie de la guérison est-elle possible?", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, " L'idée de guérison ", n° 17, primavera1978.
Canguilhem, G., " Le concept de réflexe au XIXe siècle " (1964) reimpreso en *Études d'histoire et de philosophie de sciences*, Paris, Vrin, 1994 (7a ed.).
Cardot, H. y F. Rouillon, " Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique) ", *L'Encéphale*, " La durée des traitements de la dépression ", vol. XXI, sp II, marzo 1995.
Cardot, H., F. Rouillon, " Évolution à long terme des dépressions (épidémiologie et clinique) ", *L'Encéphale*, " La durée des traitements de la dépression ", XXI, sp II, marzo 1995.
Carlsson, A., " Monoamines of the Central Nervous System: a Historical Perspective ", *in* Meltzer, H.Y. *et al.* (eds.), *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*, New York, Raven Press, 1987.
Carroy, J., *Hypnose, suggestion et psychologie*, Paris, PUF, 1988.
Carroy, J., *Les Personnalités doubles et multiples*, Paris, PUF, 1993.
Cassano, G. B., C. Maggini y E. Longo, " Les dépressions chroniques ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", V, n° 5, sp., 1979.
Castel, R., F. Castel y A. Lovell, *La Société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset, 1979.
Castel, R., *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976.
Castel, R., *La Gestion des risques*, Paris Minuit, 1981.
Castoriadis, C., *L'Institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975.
Cerletti, U., " Résumé du rapport ", *in* H. Ey, P. Marty, J. Dublineau (informes de las sesiones publicados por) *Thérapeutiques biologiques*, vol. IV : *Premier Congrès mondial de psychiatrie* (1950, Paris), Paris, Hermann, 1952.
Champoux, S., " Antidépresseur : un terme trompeur ", *Quotidien du médecin*, 12 junio, 1989,
Changeux, J.-P., *L'Homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.
Charuty, G., " Les charismatiques et la santé. Le souci thérapeutique des chrétiens charismatiques ", *Le Débat*, n° 59, marzo-mayo 1990.
Chauchard, P., *La Fatigue*, Paris, PUF, col. " Que sais-je ? ", 1968, cuarta edición..
Chignon, J. M., " Le syndrome anxiodépressif : une réalité clinique fréquente, *La Revue du praticien*, tomo 5, n° 139, 27 mayo 1991.
Clarke E., y L. S. Jacyna, *Nineteenth Century Origins of Neuroscientific Concepts*, University of California Press, 1987.
Cloniger, G.-R., " Indoleamines. The Role of Serotonin in Clinical Disorders ", *in* Bloom F.E. y Kupfer D., (eds.), *Pharmacology : the Fourth Generation of progress*, Raven Press, 1995.
Cohen, D., *Richesse du monde, pauvreté des nations*, Paris, Flammarion, 1997.
Cohen, M., " Revitalisation, décomposition ou redéfinition du catholicisme. Le Renouveau charismatique français entre salut religieux et psychothérapie ", *Recherches sociologiques*, 1997.
Coignard, S., " Les prodiges de l'effet placebo ", *Le Point*, 29 junio 1996.
Coirault, R., " Introduction au problème des états dépressifs ", " Généralités sur la thérapeutique des états dépressifs ", *in* Société Moreau de Tours, *Annales de thérapeutique psychiatrique. 2, Actualités de thérapeutique psychiatrique et de psychopharmacologie*, publicado par H. Baruk et J. Launay, Paris, PUF, 1965.
Cole, J. O., " The future of psychopharmacology ", *in* R. R. Fieve (ed.), *Depression in the 1970's. Modern theory and Research*, Amsterdam, Excerpta Medica, International congress series 239, 1971.
Coleman, D., " Move over, Prozac : New Drugs ", *International Herald Tribune*, 21 noviembre 1996.
Colloque Dide y Guiraud (Villejuif, 1990), *L'Évolution psychiatrique*, 58, n° 4, octubre 1993.
Colonna, L., *et al.*, " États dépressifs : symptômes cliniques et hypothèses monoaminergiques ", *L'Encéphale*, vol. IV, n° 1, 1978.
Colonna, L., y M. Petit, " Sémiologie dépressive et orientation de la prescription ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", vol. V, n° 5 1979.
Colonna, L., " Les inhibitions anxieuses ", *L'Encéphale*, " Le concept d'inhibition en psychiatrie "n° 5, suplemento, 1978.
Colonna, L., H. Lôo, É. Zarifian, " Chimiothérapie des dépressions ", *La Revue du praticien*, " Médications psychotropes ", vol. XXII, n° 32, 11 diciembre 1972.
Colvez, A., E. Michel y N. Quemada, " Les maladies mentales et psychosociales dans la pratique libérale. Approche épidémiologique ", *Psychiatrie française*, 10, 1979.
Confrontations psychiatriques, " Classificationss et psychiatrie ", n° 24, 1984.
Coppen A., y col., " Zimelidine : a Thérapeutic and Pharmacokinetic Study in Depression ", *Psychopharmacology*, n° 63, 1979,
Corbin, A., " Coulisse ", *in* : P. Ariès y G. Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, vol. 4, 1987.
Courvoisier, S., " Sur les propriétés pharmaco-dynamiques de la chlorpromazine en rapport avec son emploi en psychiatrie ", *L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 5, 1956.
Crabtree, A., *From Messmer to Freud. Magnetic Sleep and the Roots of Psychological Healing*, New Haven y Londres, Yale University Press, 1993.
Cremniter, D., J. Delcros, J. D. Guelfi, J. Fermanian, " Une enquête sur les états dépressifs en médecine générale ", *L'Encéphale*, VII, 1982.
Cremniter, D., " Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine. Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions ", *La Revue du praticien*, " Les dépressions vues par les médecins généralistes ", n° 325, 22 enero 1996,
Crocq, L., " Les recherches sur la fatigue en France dans les vingt dernières années ", *L'Encéphale*, sp., " Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie", XX, 1994.
Cuche, H. y A. Gérard, " Antidépresseurs bénéfices/risques ", *L'Encéphale*, "Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé", XX, sp., abril 1994.

Cussey, J., *et al.*, " Sérotonine et dépression : aspects méthodologiques ", *Psychologie médicale*, 25, 1, 1993.
Dagognet, F., *La Raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964.
Dalery J., y H. Lôo, "Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé", *L'Encéphale*, XX, sp,abril 1994.
Dalery J., y D. Sechter, " Editorial ", *L'Encéphale*, " Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé ", XX, sp., abril 1994.
Dalery J., y D. Sechter, "Traitement prolongé d'antidépresseurs",*L'Encéphale*, " Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé ", XX, sp., abril 1994.
Darcourt, G., " Place du ralentissement parmi les autres symptômes dépressifs ", *Psychologie médicale*, n° 13, 1981.
Daumézon, G., " Nosographie et thérapeutiques de choc ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1950.
Daumézon, G., " Lecture historique de L'Histoire de la Folie", *L'Évolution psychiatrique*, " La conception idéologique de «L'Histoire de la folie» de Michel Foucault", 36, n° 2, 1971.
Daumézon, G., " Modification de la symptomatologie des troubles mentaux et de la sémiologie psychiatrique au cours des cinquante dernières années ", *Journal de psychologie*, n° 4, 1977.
Davis R., y M. I. Wilde, " Sertraline. A pharmacoeconomic evaluation of its use in depression ", *Pharmacoeconomics*, 10, 1996.
Decombe, R., D. Bentué-Ferrer, H. Allain, " Le point sur la neurotransmission dans les dépressions ", *Neuro-psy*, vol. 6, n° 11, diciembre 1991.
Deglon, J.-J., " Dépression et héroïnomanie ", *Psychologie médicale*, 16, 5, 1984.
Delay, J., *Études de psychologie médicales*, Paris, PUF, 1953.
Delay J. y P. Pichot, *Abrégé de psychologie*, Paris, Masson, 1962.
Delay, J., " Introduction au colloque international ",*L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 4, 1956.
Delay, J., " Allocution finale ", *L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 5, 1956.
Delay, J., " Discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie ", reed. en *Aspects de la psychiatrie moderne*, Paris, PUF, 1956.
Delay, J., Deniker, P., *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes*, Paris, Masson, 1961.
Delay, J., " Adresse présidentielle " (discurso de apertura), *in* H. Brill (ed.), *Neuro-psycho-pharmacologie. Proceedings of the Fifth International Congress of the Collegium Internationale Neuro-psycho-pharmacologie*, Amsterdam, New York, Londres, Milan, Tokyo, Buenos Aires, Excerpta Medica Foundation, 1967 (Congreso de Washington, 1966).
Delmas-Marzoalet, P., *Électrochoc et thérapeutiques nouvelles en neuropsychiatrie*, Paris, Baillère, 1946.
Delmas-Marzoalet, P., *Précis de psychobiologie*, 1961.
Delphaut, J., *Pharmacologie et psychologie*, Paris, Armand Colin, 1961.
Demel, H., " Observations on the clinical picture of masked depression from the standpoint of practical social psychiatry "*in* Kielholz P., (ed.), *Masked Depression*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1973.
Deniker, P., *La Psychopharmacologie*, PUF, col. " Que sais-je ? ", 1966.

Deniker, P., " Qui a inventé les neuroleptiques ? ", *Confrontations psychiatriques*, " Neuroleptiques : vingt ans après ", n° 13, 1975.
Deniker, P. y Zarifian, É., " Perspectives d'utilisation de la L. Dopa en psychiatrie ", *Entretiens de Bichat*, 1983.
Deniker, P., " Dépressions résistantes ", *L'Encéphale*, "Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs", XII, sp, octubre 1986.
Depoutot, J.-C., " Névrose et dépression ", *Annales médicales de Nancy*, n° 12, abril 1973.
DEPRES I, *Premiers résultats*, Smith Kline-Beecham, octubre 1995.
Dery, M., *Vitesse virtuelle - La cyberculture aujourd'hui*, Abbeville, Tempo, 1997.
Descombes, V., "L'inconscient adverbial", *Critique*, n° 449, octubre 1984.
Descombes, V., *Les Institutions du sens*, Paris, Minuit, 1996.
Descombey, J.-P., " Subjectivité, scientificité, objectivité, objectivation : le DSM-III et ses retombées sur la pratique et la recherche ", *L'Information psychiatrique*, vol. 61, n° 5, junio 1985.
Desjours, C.,*Souffrance en France - La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.
Donnet, J. L., "Une évolution de la demande au Centre Jean Favreau", *Revue française de psychanalyse*, col. "Débats de psychanalyse", noviembre 1997.
Donzelot, J., *L'Invention du social*, Paris, Fayard, 1984.
Donzelot J. y Joël Roman, "1972-1998 : les nouvelles donnes du social ", *Esprit*, abril 1998
Dowbiggin, I., *La Folie héréditaire*, Paris, EPEL, 1993, Prefacio de Georges Lantéri-Laura.
Dowling, C., *Rien ne sert de souffrir*, Paris, Grasset, 1991 (ed. estadounidense 1991).
Dubet, F., *Les Lycéens*, Paris, Seuil, 1991.
Dubief, H., *Nouvelle histoire de la France contemporaine*, vol.13 : *Le Déclin de la III[e] République, 1929-1938*, Paris, Seuil, col. Points, 1976.
Dufour, H., " Les inhibitions dépressives ", *L'Encéphale*, n° 5, suplemento, 1978.
Dujarier, L., " Considérations psychanalytiques sur la dépression ", *Psychiatries*, n° 36, 1979.
Durkheim, È., *Le Suicide*, Paris, PUF, reed. col. "Quadrige", 1995, (1[a] édition 1897).
Edwards G., (ed.), *Addictions. Personnal Influences and Scientific Movements*, New Brunswick y Londres, Transaction Publishers, 1991.
Ehrenberg, A.,*Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991, reed. Hachette-Pluriel, 1996.
Ehrenberg, A., "Le harcèlement sexuel - Naissance d'un délit", *Esprit*, noviembre 1993.
Ehrenberg, A., *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, reed. Hachette-Pluriel, 1996.
Eisenberg, L., "La dépression nerveuse", *La Recherche*, n° 119, febrero 1981.
Ellenberger, H., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, présentación de É. Roudinesco, Paris, Fayard, 1994 (ed. estadounidense, 1970, 1[a] ed. fr., 1974).
Endler N.-S., y E. Persad, *Electroconvulsive Therapy. The Myths and the Realities*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1986.
Essman (ed.), W. B., *Serotonin in Health and Disease*, New York, Spectrum, 1997.
European Addiction Research, número especial, " Addiction, drogue et alcool ", 2, n° 1-2, 1996.
Evans, M.-N., *Fits and Starts - A Genealogy of Hysteria in Modern France*, Ithaca y Londres, Cornell University Press, 1991.

Ey, H., "Système nerveux et troubles nerveux", *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1947.
Ey, H., *Études psychiatriques.* Tomo 1 : *Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948.
Ey, H., Marty, P., Dublineau, J., (informes de las sesiones), *Psychopathologie générale*, vol. I : *Premier Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, Hermann, 1952.
Ey, H., " Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955.
Ey H., " Perspectives actuelles de la psychiatrie" , *La Revue du praticien*, numero especial " L'année du Praticien ", tomo XV, 7 diciembre 1965.
Ey, H., *L'Inconscient*, Paris, Desclée de Brouwer, 1966.
Ey, H., "A. Hesnard - Biologiste, psychiatre, psychanalyste", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 36, n° 2, 1971.
Ey, H., "Commentaires critiques sur l'«Histoire de la folie» de Michel Foucault", *L'Évolution psychiatrique*, " La conception idéologique de «L'Histoire de la folie» de Michel Foucault " , 36, n° 2, 1971.
Ey, H., "Neuroleptiques et techniques psychiatriques", *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975.
Ey, H., *Schizophrénie - Études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.
Fabre, P., " Système nerveux central ", *L'Information psychiatrique*, n° 6, sp, junio 1997.
Fatela, J., "Crise de l'école et fragilités adolescentes, *in* : A. Ehrenberg y P. Mignon, *Drogues, Politique et Société*, Paris, Le Monde Éd. y Éd. Descartes, 1992.
Fédida, P., " L'agir dépressif. Contribution phénoménologique à une théorie psychanalytique de la dépression ", *Psychiatries*, n° 28, 1976.
Fieve R. R., (ed.), *Depression in the 1970's. Modern theory and Research*, Amsterdam, Excerpta Medica, International congress series 239, 1971.
Fieve R. R., " La recherche pour de nouveaux antidépresseurs: orientations actuelles ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", V, 5, 1979.
Figures du vide, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 11, 1975.
Fisher S., Greenberg, R. P., " Examining Antidepressant and Effectiveness: Findings, Ambiguities, and Some Vexing Puzzles ", *in* S. Fisher y Greenberg, R. P. (eds), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress. Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Hilsdale, Hove y Londres, LEA, 1989.
Fisher, S., Greenberg, R. P. (eds), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress. Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Hilsdale, Hove y Londres, LEA, 1989.
Flament, M., *Académie de la sérotonine*, *Bulletin*, n° 2, Eli Lilly, septiembre 1995.
Fleury, M. De, *La Médecine de l'esprit*, Paris, Félix Alcan, 1898,
Fleury, M. De, *Les États dépressifs et la neurasthénie*, Paris, Félix Alcan, 1924.
Flournoy, O., " Le moi-idéal : vecteur de vide", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, "Figures du vide", n° 11, 1975.
Folléa, L., " Des chercheurs cernent l'impact du chômage sur la santé publique ", *Le Monde*, 4 junio 1997.
Follin, S., " Séméiologie des états dépressifs ", *La Revue du praticien*, 1° oct. 1963.
Fombonne, E., Führer, R., " Épidémiologie et psychiatrie : Questions de méthodes ", *Sciences sociales et santé*, IV, n° 1, febrero 1986.
Fombonne, E., " La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs de risque aux mécanismes de risque ", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 41, n° 4, 1993.

Fossi, G., " La psychanalyse de la dépression : nouvelles propositions théoriques ", *in* J. Bergeret y W. Reid (dir.), *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986.
Foucault, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
Foucault, M., *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975.
Fougère, P., *Les Médicaments du bien-être*, Paris, Hachette, col. "On en parle", 1970.
Fouks, L., T. Lainé, Périvier, " Les inhibiteurs de la mono-amine-oxydase ", *in* Société Moreau de Tours, *Annales de thérapeutique psychiatrique. 2, Actualités de thérapeutique et de psychopharmacologie*, publicado por H. Baruk y J. Launay, Paris, PUF, 1965.
Fouks, L., " Bilan actuel de la thérapeutique chimique en psychiatrie et perspectives d'avenir ", *in* Société Moreau de Tours, *Annales de thérapeutique psychiatrique. 3, Actualités sur les thérapeutiques psychiatriques et les recherches psychopharmacologiques*, publicado por H. Baruk y J. Launay, Paris, PUF, 1967.
Fourquet F., y Murard, L., "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?", *Recherches*, n° 17, marzo 1975.
Fragos Mendes, J. M., Lopes do Rosario, J. A., " Signification et importance de la sérotonine en psychiatrie ", *L'Encephale*, n° 6, 1959.
Fraser A., y col., " Interactions de la sérotonine et de la noradrénaline dans la dépression ", CINP, XX coloquio, Melbourne, junio 1996.
Freedman, A. M., " American viewpoints on Classification ", *Integrative Psychiatry*, 7, 1991.
Freud, S., " Une névrose démoniaque au XVII[e] siècle ", *in Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1933, reed. col. " Idées ", 1973.
Freud, S., " La morale sexuelle «civilisée» et la maladie nerveuse des temps modernes ", 1908, *in La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982 (6[e] ed.).
Freud, S., " La sexualité dans l'étiologie des névroses ", 1898, reimpreso en *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
Freud, S., " Deuil et mélancolie", *in Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
Freud, S., *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1985 (1[a] ed. fr. 1949).
Freud, S., *Inhibition, symptôme, angoisse*, (1[a] ed. 1926), Paris, PUF, 1995, reed. col. "Quadrige", 1995.
Freud, S., *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1986 (6[e] edición).
Freud, S., *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 10[a] edición, 1986.
Führer, R., Lovell, A., "Troubles de la santé mentale - La plus grande «fragilité» des femmes remises en cause", *in* : M.-J. Savrel-Cubizolles y B. Blondel (eds.), *La Santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996.
Fumaroli, M., " Nous serons guéris si nous le voulons ", *Le Débat*, " Tradition de la mélancolie ", n° 29, marzo, 1984.
Garapon, A., *Le Gardien des promesses*, Paris, Odile Jacob, 1996.
Garoux, A. y Ranty, G., " L'asthénie en psychiatrie et en pathologie psychosomatique ", *Psychologie médicale*, n° 10, 1978.
Garrabé, J., *Histoire de la schizophrénie*, Paris, Seghers, 1992.
Gasser, J., *Aux origines du cerveau moderne - Localisations, langage et mémoire dans l'œuvre de Charcot*, Paris, Fayard, 1995.
Gauchet, M., *L'inconscient cérébral*, Paris, Seuil, 1992.
Gauchet M., Swain, G., *Le Vrai Charcot - Les chemins imprévus de l'inconscient*, seguido por dos ensayos de J. Gasser y A. Chevrier, Paris, Calmann-Lévy, 1997.
Gay, P., *En lisant Freud. Explorations et divertissements*, Paris, PUF, 1995.
Gay, P., *Freud. Une vie*, Paris, Hachette, 1991.

Gérard, P. E., V. Dagens, A. Deslandes, " 1960-2000 : 40 ans d'utilisation des antidépresseurs ", *Semayone des hôpitaux de Paris*, vol 71, n° 23-24.
Gérin, P., Sali, M., Dazord, A., "Propositions pour une définition de la «qualité de vie subjective»", *in* J.-L. Terra (dir.), *Qualité de vie subjective et santé mentale*, Paris, Ellipses, 1994.
Ginestet, D., F. Chauchot, y D. Olive, " Existe-t-il des classifications pratiques des psychotropes? ", *La Gazette médicale*, 99, n° 21, 1992.
Giraud, M. J., E. Lemonnier, T. Bigot, " Pharmaco-dépendance et psychotropes ",*La Revue du praticien,* vol. 44, n° 17, 1 nov. 1994.
Glas, G., " A conceptual history of anxiety and depression ",*in* J. A. den Boer y J. M. Ad. Sitson (eds.), *Handbook of Depression and Anxiety. A Biological Approach*, New York, Bâle, Hong-Kong, Marcel Dekker Inc., 1994.
Glaser, H., *Sigmund Freud et l'âme du XXe siècle*, Paris, PUF, 1995 (ed. alemana, 1976).
Glowinski, J., Julou, L., Scatton, B., " Effets des neuroleptiques sur les systèmes aminergiques centraux ", *Confrontations psychiatriques*, "Neuroleptiques : vingt ans après", n° 13, 1975.
Godard A., Regnauld, M. H., " Consommation des psychotropes ",*Revue française de santé publique*, n° 33, 1986.
Gold, M.S., *The Good News about Depression*, New York, Bantam Books, 1995 (1° ed. 1986).
Goldstein, J., *Console and Classify. The French psychiatric profession in the Nineteenth Century*, Cambridge Univ. Press, 1987 (*Consoler et classifier - l'essor de la psychiatrie française*, Le Pessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997).
Gosling, F.G., *Before Freud. Neurasthenia and the American Medical Community, 1870-1910*, Urbana y Chicago, University of Illinois Press,
Gourevitch M., " Esquirol et la lypémanie. Naissance de la dépression mélancolique ",*in* P. Pichot (dir.),*Les Voies nouvelles de la dépression*, Paris, Masson, 1978.
Gourevitch, M., " La dépression, fille de l'art romantique ", *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984.
Gourevitch, M., " Les psychalgies ", *Concours médical*, n° 45, 1979.
Goux D., Maurin,E., "L'égalité des chances" *in* : Fondation Saint-Simon, *Pour une nouvelle république sociale,* Paris, Calmann-Lévy, 1997.
Gram, L. F., " Concepts d'antidépresseurs de seconde génération ", *L'Encéphale*, sp I, mayo-junio 1991.
Green, A., "Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et leur association en technique psychiatrique)", *L'Encéphale*, n° 1, 1961
Green, A., " La psychopharmacologie : ouvertures, impasses, perspectives ", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 31, 1966.
Green, A., "Les Portes de l'inconscient", *in* Ey, H., *L'inconscient*, VIe colloque de Bonneval (noviembre 1960), Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
Green, A., "L'affect", *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5-6, 1971.
Grob, G. N., *Mental Ilness and American Society - 1875- 1940*, Princeton, Princeton University Press,1983.
Guelfi, J. D. y col., " Antidépresseurs et classifications diagnostiques chez l'adulte ", *Psychiatrie*, Les Cahiers FMC, octubre 1996.
Guelfi, J. D., Olivier-Martin, R., " Modalités d'appréciations de l'anxiété. Conséquences thérapeutiques ", *La Revue du praticien*, vol. 22, n° 12, 21 abril 1972.

Guelfi, J.-D., " Implications pratiques des données modernes de la psychopharmacologie ", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 45, n° 4, 1980.
Guiraud, P., *Psychiatrie générale*, Paris, Le François Éditeur, 1950,
Guyotat, J., " Perspectives actuelles de la psychiatrie ", *La Revue du praticien,* tomo XVIII, n° 31 bis, 7 diciembre 1968.
Guyotat, J., " Inhibitions et antidépresseurs ", *L'Encéphale*, " Le concept d'inhibition en psychiatrie ", n° 5, supplément, 1978.
Guyotat, J., "Iproniazide et inhibiteurs de la monoamine oxydase", *in* Société Moreau de Tours, *Annales de thérapeutique psychiatrique. 2, Actualités de thérapeutique psychiatrique et de psychopharmacologie*, publicado por H. Baruk et J. Launay, Paris, PUF, 1965.
Guyotat, J., " Perspectives actuelles de la psychiatrie ", *La Revue du praticien*, tomo XVIII, n° 13 bis, 7 diciembre 1968.
Guyotat, J., " Inhibitions et antidépresseurs ", Colloque sur l'inhibition, *L'Encéphale*, " Le concept d'inhibition en psychiatrie ", n° 5, suplemento, 1978.
Guyotat, J., " Remarques sur les relations entre chimiothérapie et psychothérapie ", *in* Comité lyonnais de recherches thérapeutiques en psychiatrie, *Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963.
Guze, B. H., " Selective serotonin reuptake inhibitors. Assessment for formulary inclusion ", *Pharmacoeconomics*, 9, mayo 1996.
Hacking, I., *Rewriting the Soul - Multiple personnality and the Sciences of Memory*, Princeton, Princeton University Press, 1995 (*L'Âme reécrite - Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998).
Hakim, G., " Aspects modernes de la dépression ", *Entretiens de Bichat. Psychiatrie*, 1973.
Hamilton, M., " Le pronostic dans les dépressions ", *La Revue de médecine*, 21-28 enero 1980
Hamilton, M., " Méthodologie d'appréciation de l'efficacité des antidépresseurs ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", V, 5, 1979.
Hamon, M., " Sérotonine, l'inhibition ", *Science et Avenir,* septiembre 1995.
Hardy P., y Le Goc, I., " Anxiété et dépression " *La Revue du praticien*, " La Dépression ", XXXV, n° 27, 1985.
Hardy, P., " L'anxiété dans ses rapports avec la dépression ", *Confrontations psychiatriques*, " Autour de la dépression ", 1989.
Hardy, P., " Notion de dépression résistante ", *L'Encéphale,* " Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs ", XII, sp, octubre 1986.
Hardy, P., " Le traitement de consolidation. La situation des dysthymies ", *L'Encéphale*, " La durée des traitements de la dépression ", vol. XXI, sp II, marzo 1995.
Haxaire C. y col., "«C'était pas comme une drogue si vous voulez, mayos enfin». Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie", *in* : Ehrenberg, A. (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes - Le trouble des frontières*, Paris, Éd. Esprit, 1998.
Haynal, A., " Le sens du désespoir ", *Revue Française de Psychanalyse*, n° 1-2, enero-abril 1977.
Haynal, A., " Problèmes cliniques de la dépression ", *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 4, 1984.
Healy, D., " The History of British psychopharmacology ", *in* H. Freeman y G. E.

Berrios (eds.), *150 Years of British Psychiatry*, vol. II, *The Aftermath*, Londres, Athlone, 1996.
Healy, D., *The Antidepressant Era*, Cambridge (Mass.), Londres, Harvard University Press, 1997.
Healy, D., *The Psychopharmacologists*, Londres, Altman, tomo 1, 1996, tomo 2, 1997.
Heninger, G. R., " Indoleamines. The Role of Serotonin in Clinical Disorders ", *in* Bloom, F. E., Kupfer, D. J., *Psychopharmacology : The Fourth Generation of Progress*, New-York, Raven Press, 1995.
Henne, M., " Besoins nationaux et nombre de médecins psychiatres nécessaires à l'exercice de la psychiatrie en secteur privé et en secteur public ", *La Revue du praticien*, 32, n° 4, 1967.
Héritier, F., *Les Deux sœurs et leur mère*, Paris, Odile Jacob, 1994.
Herzlich, C. y Pierret, J., *Malades d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991.
Hesnard, A., *Freud et la société d'après guerre*, Genève, Annemasse, Éd. du Mont-Blanc, 1946,
Hoffmann, S., *Sur la France*, Paris, Seuil, 1976.
Hole, G., " La dépression masquée et sa mise en évidence ", *Les Cahiers de médecine*, Assises départementales, n° 7, junio 1973.
Huguet, M., *L'Ennui et ses discours*, Paris, PUF, 1984,
Israël, L., *L'Hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, 1976.
Israël, L., *Boîter n'est pas pêcher*, Paris, Denoël, 1989.
Ivernois, J. F. d', "Apprendre au patient à se soigner", *Le Monde*, 27 abril 1994.
Jackson, S.-W., *Melancholia and Depression. From Hippocratics Times to Modern Times*, New Haven y Londres, Yale Univesity Press, 1986.
Jacobs B. L., Fornal, C. A., " Serotonin and behavior : a general hypothesis ", in Bloom, F. E., Kupfer, D. J., *Psychopharmacology : The Fourth Generation of Progress*, New-York, Raven Press, 1995.
Jæger, M., *Le Désordre psychiatrique. Des politiques de santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981.
Janet, P., Fulgence, R., *Les Obsessions et la psychasthénie*, Paris, Félix Alcan, 1903.
Janet, P., *Les Névroses*, Paris, Flammarion, 1909.
Janet, P., *Les Médications psychologiques : études historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychologie* Paris, Félix Alcan, 1919, 3 vol., (reeditado par la Société Pierre Janet, 1986).
Janet, P., *De L'angoisse à l'extase*, Paris, Félix Alcan, 1928, vol. II.
Janet, P., *La Force et la faiblesse psychologique*, Maloine, Paris, 1932 (Collège de France, cours de 1930).
Janov, A., *Le Cri primal*, Paris, Flammarion, 1975.
Jeanneau, A., " Les risques d'une époque ou le narcissisme du dehors ", *in* J. Bergeret y W. Reid (dir.), *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986.
Jeannerod, M., *De la physiologie mentale - Histoire des relations entre biologie et psychologie*, Paris, Odile Jacob, 1996.
Joly, P. (coord.), "Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives", CES, *Journal Officiel*, 24 julio 1997.
Jönsson B., y J. Rosenbaum (ed.), *Health Economics of Depression*, John Wiley and Sons Ltd, 1993.
Jouvent R., Pellet, J., " Les dépressions résistantes et leurs traitements ", La *Revue du praticien*, tomo XXXV, n° 27, 11 mayo 1985.
Kammerer, T., Israël, L., Noel, C., " Une dépression guérie par l'imipramine. Étude critique ", *Cahiers de psychiatrie*, n° 14, 1960.

Kammerer, T., R. Ebtinger, J. P. Bauer, " Approche phénoménologique et psychodynamique des psychoses délirantes aiguës traitées par neuroleptiques majeurs ", *in* P.-A. Lambert (comp.), *La Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965.
Karp, D., "Taking anti-depressant medications : resistance, trial commitment, conversion, disenchantment", *Qualitative Sociology*, vol. 16, n° 4, 1993.
Keen J., y S. Page, " Net Oversuse Called «True Addiction», *USA Today*, 7 enero 1996.
Kendell, R.-E., " The Classification of Depressions A Review of Contemporary Confusion ", *British Journal of Psychiatry*, n° 129, 1976.
Kernberg, O., "Borderline Personnality Organization", *Journal of American Psychoanalysis Association*, n° 15, 1967.
Kernberg, O., *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975.
Kestemberg, E., "Problèmes posés par la fin des traitements psychanalytiques dans les névroses de caractère", *Revue Française de Psychanalyse*, n° 3, mayo-junio 1966.
Kielholz, P., " État actuel du traitement pharmacologique des dépressions ", *L'Encéphale*, n° 5, 1962.
Kielholz, P., (ed.), *Masked Depression*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1973.
Kielholz, P., " Psychosomatic aspects of depressive illness. Masked depression and somatic equivalents ", *in* P. Kielholz (ed.), *Masked Depression*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1973.
Kirk, S. A., Kutchkins, H., *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992.
Klein, D. F., " La physiologie et les troubles anxieux ", *in* : L. Chneiweiss, y E. Albert (dir.), *Stress et anxiété : les faux semblants*, Laboratoires Upjohn, sd (1993).
Klerman, G. L., Weissman, M. M., " Increasing Rates of Depression ", *JAMA*, 21 abril 1989.
Klibanski, R., Panovski, E., Saxl, F., *Saturne et la mélancolie*, Paris, Gallimard, 1989.
Kline N., " Monoamine Oxidase Inhibitors : An Unfinished Picaresque Tale ", *in* F.-J. Ayd y B. Blackwell (eds.), *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphie, Lippincott, 1970.
Kline, N., " Thérapeutique de la dépression, *in Tables psycholeptiques pour Praticiens*, Genève, Médecine et Hygiène, 1964 y 1965.
Kline, N., From Sad to *Glad*, 1974 (ed. de bolsillo 1984).
Koupernik, C., *Les Médications du psychisme*, 1963.
Koupernik, C., " Le praticien face à la dépression ", *La Revue du praticien*, " Dépressions ", 11 septiembre 1978.
Kovess, V. y col., " La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMIstes à Paris ", *L'Information psychiatrique*, n° 3, marzo 1995.
Kræpelin, E., *La Folie maniaque-dépressive*, 1913, reed. Paris, Jérome Millon, 1993, " Présentation " de J. Postel y D. F. Allen.
Kramer, P., *Prozac : Le bonheur sur ordonnance?*, Paris, First, 1994.
Kramer, P., *Listening to Prozac*, New York, Viking, 1997 (2ª edición ampliada con un postfacio).
Kremer, P., "Les sociologues redécouvrent les liens entre suicide et crise économique", *Le Monde*, 4 febrero 1998.
Kristeva, J., *Le Soleil noir*, Paris, Gallimard, 1987.
Kühn, R., " The Imipramine Story ", *in* F. J. Ayd y B. Blackwell (eds.), *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphie, Lippincott, 1970.

Kuhn, R., " The treatment of masked depression ", *in* P. Kielholz (ed.), *Masked Depression*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1973.
Kuhn, R., " Dépression endogène et dépression réactionnelle ", *Psychiatries*, n° 36, 1979.
Kuhn, R., " Clinique et expérimentation en psychopharmacologie ", *Psychanalyse à l'université*, 11 (41), 1986.
Kuhn, R., " Psychopharmacologie et analyse existentielle ", *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 1, 1990.
Kupfer, D.J., Frank, E., *et al.*, " Five years outcome for mayontenance therapy in recurrent depressions ", *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992.
L'Encéphale, " Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs " , XII, sp, octubre 1986.
Laborit, H., *La Vie antérieure*, Paris, Grasset, 1989.
Laboucarie, J., "Discussion", *L'Évolution psychiatrique,* " Symposium sur les états dépressifs ", n° 3, 1955.
Lacan, J., *L'Angoisse*, seminario 1962-1963, lección del 19 junio 1963, mimeo.
Lacan, J., *Le Séminaire,* Livre VII, *L'Éthique de la psychanalyse*, edición establecida por J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1986.
Lacrosse, J.-M., "Enquête sur le mouvement du Potentiel humaine", *in* Carpentier, J., Castel, R., Donzelot, J., Lacrosse, J.-M., Lovell, A., Procacci, G., *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/CORDES, noviembre 1980.
Lambert, P.-A, (comp.), *La Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965.
Lambert, P.-A., " Sur quelques perspectives de la psychopharmacologie ", *Confrontations psychiatriques*, " La Psychopharmacologie ", n° 9, 1972.
Lambert, P.-A., " Les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques ", *Thérapie*, n° 28, 1973.
Lambert, P.-A., " Sur quelques aspects psychanalytiques des traitements de la psychose maniaco-dépressive ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1976.
Lambert, P.-A., *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson, 1990.
Lambotte, M.-C., *Le Discours mélancolique. De la phénomènologie à la métaphysique*, Paris, Anthropos, 1993.
Lantéri-Laura, G., "Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie" *in* : Rémi Tevissen (dir.), *La Douleur morale*, Paris, Éditions du Temps, 1996.
Lantéri-Laura, G., "La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie", *L'Évolution psychiatrique*, vol. 2, n° 47, 1982.
Lantéri-Laura, G., *Psychiatrie et connaissance*, Paris, Sciences en situation, 1991.
Laplane, D., " Avant-propos ", *La Revue du praticien,* " Syndromes dépressifs ", XIII, n° 25, 1° octubre 1963.
Laplane, D., " L'utilisation pratique des médicaments antidépressifs ", *La Revue du Praticien*, 9 diciembre 1964.
Laqueille, X., Spadone, C. " Les troubles dépressifs dans la prise en charge des toxicomanies ", *L'Encéphale*, " Du bon usage des antidépresseurs ", XXI, sp IV, 1995.
Lasch, C., *Le Complexe de narcisse - La nouvelle sensibilité américaine*, Paris, Robert Laffont, 1980 (ed. estadounidense, 1979).
Lauriers, A. Des, " Le risque de suicide chez les déprimés ", *La Revue du praticien*, 1° octubre 1963.

Laxenaire, M., Marchand, P., " Essais cliniques de l'amineptine (à propos de 40 cas) ", *Psychologie médicale*, vol. 11, n° 8, 1979.
Lazarus, A. (prés.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Informe del grupo de trabajo "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", Délégation Interministérielle à la Ville et Délégation Interministérielle au RMI, febrero 1995.
Le Pape A., Lecomte, T., *Aspects socio-économiques de la dépression. Évolution 1980-1981 / 1991-1992*, CREDES, 1996.
Le Rider, J., *Modernité viennoise et crise de l'identité*, Paris, PUF, 1990.
Lebovici, S., Diatkine, R., "Les pulsions et l'inconscient", *in* Ey, H., *L' inconscient*, VI[e] colloque de Bonneval (noviembre 1960), Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
Lecrubier, Y., Weiller, E., "La neurasthénie et la tymasthénie", *L'Encephale*, sp. "Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie, dysthymies", XX, 1994.
Lecrubier, Y., Jourdain, G., "Description de troubles dépressifs légers chez 3090 consultants de médecine générale", *Semayone des hôpitaux*, vol. 66, n° 123, 22 marzo 1990.
Lelfort, C., *Essais sur le politique - XIX[e] siècle - XX[e] siècle*, Paris, Seuil, 1986.
Legendre, P., *L'Inestimable objet de la transmission*, Paris, Fayard, 1985,
Legendre, P., *Le Crime du caporal Lortie - Traité sur le Père*, Paris, Fayard, 1989.
Legrand, C., *Médecine et malheur moral - Les modes de presicription de psychotropes dans la presses professionnelle depuis 1950*, MIRE-LERS, noviembre 1996.
Lehman, H., " Epidemiology of depressives disorders ", *in* R. R. Fieve (ed.), *Depression in the 1970's. Modern theory and Research*, Amsterdam, Excerpta Medica, International congress series 239, 1971.
Lehmann, H.E., " L'arrivée de la chlorpromazine sur le continent nord-américain ", *L'Encéphale*, n° XIX, 1993.
Leiris, M., *L'Âge d'homme*, Paris, Gallimard, 1939.
Lejeune, P., *Le Moi des demoiselles. Enquête sur le journal d'une jeune fille*, Paris, Seuil, 1993.
Lejoyeux, M., " Une nouvelle entité pathologique ", *Panorama du médecin*, 4 noviembre 1996.
Lemoine, P., "Qualité de vie et psychose", *in* Terra, J.-L. (dir.), *Qualité de vie subjective et santé mentale*, Paris, Ellipses, 1994.
Lemoine, P., " Bien prescrire les psychotropes", *Le Concours médical*, " Les antidépresseurs ", 18 mayo 1991.
Lempérière T., Adès, J., " Problèmes posés au médecin praticien par la dépression ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", V, 5, 1979.
Lempérière, T., " Les algies psychogènes ", *Entretiens de Bichat. Psychiatrie*, 1973.
Lépine, J.-P. *et al.* , " L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française ", *Confrontations psychiatriques,* " Épidémiologie et psychiatrie ", n° 35, 1993.
Lépine, J- P., Chignon,J. M., " Épidémiologie des troubles anxieux et névrotiques ", in Rouillon, F. , Lépine, J.-P. y Terra,J.-L., *Épidémiologie psychiatrique*, sl, sd (1995), Upjohn.
Lépine J.-P., " Les apports de l'épidémiologie à la clinique ", *in* Pichot, P., y Rein, W., (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, vol. III, 1991.
Lépine J.-P., Lellouch, J., Lovell, A., Teherani, M., Pariente, P., " L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française ", *Confrontations psychiatriques*, "Epidémiologie et psychiatrie, n° 35, 1994.

Lereboullet, J., y R. Escourolle, " La neuropsychiatrie en 1960 ", *La Revue du praticien,* tomo X, n° 27, 21 octubre 1960,
Lereboullet, J., " Nouveaux neuroleptiques et tranquillisants ", *La Revue du Praticien,* Tomo XII, numéro spécial, 7 diciembre 1962.
Lereboullet, J., Derouesné, C. y Klein, J.-P., " La neuropsychiatrie en 1967 ", *La Revue du Praticien*, tomo XVIII, n° 18, 1968.
Lingjaerde, O., " Le rôle de la sérotonine dans les troubles de l'humeur ", *L'Encéphale*, V, n° 4, 1979.
Lipovetsky, G., *L'Ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain,* Paris, Gallimard, 1983, reed. ampliada, Folio, 1993.
Lôo H., y Zarifian,É., *Limites d'efficacité des chimiothérapies psychotropes*, Paris, Masson, 1977.
Lôo H., y Cuche, H., " Classification des antidépresseurs ",*L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", vol. V, n° 5 1979.
Lôo H., y Colonna, L., " Les théories monoaminergiques de la dépression sont totalement réductionnistes - Abord critique des recherches de perturbations monoaminergiques dans les dépressions ,*Confrontations psychiatriques*, " Autour de la dépression "(Congrès de New York, 1988), número especial, 1989.
Lôo H., y Lôo,P., *La Dépression*, Paris, PUF, col. " Que sais-je ? ", 1991, reed. 1993.
Lôo, H., " Préface ",*L'Encéphale*, " La dépression : de la biologie à la pathologie ", XX, diciembre 1994.
Lôo H., y Gallarda, T., *La Maladie dépressive*, Flammarion, col. " Dominos ", 1997.
Loriol, M., " Construction de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue ", *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, 1995.
Lovell, A., " Paroles de cure et énergies en société : les bioénergies en France ", *in* Carpentier, J., Castel, R., Donzelot, J., Lacrosse, J.-M., Lovell, A., Procacci, G., *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/ CORDES, noviembre 1980.
Lowen, A., *La Dépression nerveuse et le corps*, Paris, Tchou, 1975.
MacDougall, J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978.
Magnan, V., " Back to the future : French Psychiatry, and the Classification of Mental Diseases, 1885-1925 ", *Social History of Medicine*, vol. 9, n° 2, 1996.
Maître, J.,*Une Inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet*, Préface de G. Lantéri-Laura, Paris, Anthropos, 1993.
Mallet, J., " La dépression névrotique ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 3, 1955.
Mappian, M. Le, " Aspects cliniques des états dépressifs ", *L'Encéphale*, n° 5, 1949.
Maquet . M.-M. y Rigaud, A., " Propos critiques sur les notions d'addiction et de conduites de dépendance. Entre lieux communs et chimères ", *in* Bailly, D. y Venisse, J.-L., *Dépendances et conduites de dépendances*, Paris, Masson, 1994.
Marchais, P., " Essai d'approche clinique des états dépressifs névrotiques. Leurs indications chimiothérapiques actuelles ", *in* Société Moreau de Tours,*Annales de thérapeutique psychiatrique. 2, Actualités de thérapeutique psychiatrique et de psychopharmacologie,* publicado por Baruk, H. y Launay, J., Paris, PUF, 1965.
Marie-Cardine, M., " Pharmacothérapie et psychothérapies : historique des recherches ", *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, 1996.
Martin, A., " L'inhibition en psychopathologie. Historique de l'approche clinique ", *Nervure*, hors série " Psychasthénie et inhibition ", enero 1996.
Martin C., Tignol J., "Évaluation de la satisfaction du client en psychiatrie", *in* F. Rouillon, J. P. Lépine y J. L. Terra, *Épidémiologie psychiatrique*, sl, sd (1995), Upjohn.

Martin, P., "Le concept de qualité de vie : son évaluation en psychiatrie", *Synapse*, "Qualité de vie en psychiatrie", n° 98, julio-agosto 1993.
Martin, P., "Le concept de qualité de vie en psychiatrie", *Canal Psy*, n° 3, sd.
Martinot, J. L., F. Raffaitin y J. P. Olié, " Attaques de panique et dépressions anxieuses ", *L'Encéphale*, XII, 1986.
Maruani, G., " Antidépresseurs, doping ou autolytique? ", *Psychologie médicale*, 16, 1984.
Mauss, M., *Œuvres*, tomo III, Paris, Minuit, 1969.
Mauzi, R.,*L'Idée de bonheur dans la littérature et la pensée françaises au XVIIIe siècle*, Paris, Albin Michel, 1979, reed. 1984, Bibliothèque de l'Évolution de l'Humanité (1a edición 1965, Armand Colin).
Mayer, N., " L'atelier et la boutique: deux filières de mobilité sociale ",*in* Berstein, S. y Rudelle, O. eds., *Le Modèle républicain*, Paris, PUF, 1992.
McDougall, J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978.
Medawar, C., " The Antidepressant Web. Marketing depression and making medecines work ", *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 10, 1997.
Mercueil A., Letout, B., " Précarité et troubles psychiques ", *Nervure*, suplemento FMC, tomo X, n° 7, octubre 1997.
Micale, M.,*Approaching Hysteria - Disease and its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press,1995.
Mijolla, A. de, Shentoub, S. A., *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot, 1973.
Mineau, P. y Boyer, P., " La notion de dépression en médecine générale; à propos d'une enquête statistique réalisée auprès de 59 médecins ",*Annales medico-psychologiques*, 137, 1979.
Minkovski, E., *Le Temps vécu*, Paris, PUF, col. "Quadrige", 1995 (1a ed. 1933).
Mockers, C., " Anxiété et dépression souvent associées ",*Panorama*, n° 3426, 18 julio 1991.
Möller, H.-J. y Volz, H.-P., "Drug Treatment of Depression in the 1990s - An Overview of Achievements and Future Possibilities", *Drugs*, 52 (5), noviembre 1996.
Mongin, O., *La Violence des images*, Paris, Seuil, 1997.
Montassut, M., " Le traitement physique de la dépression constitutionnelle ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 1, 1937.
Montassut, M., *La Dépression constitutionnelle*, Paris, Masson, 1938.
Montassut, M., " La fatigue du neurasthénique ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 2, 1939.
Montesquieu, *L'Esprit des lois*, Paris, Garnier-Flammarion, 1979.
Montgomery, S. y Rouillon,F. (eds.), *Long-Term Treatments of Depression,* Londres, John Wiley and Sons, 1992.
Moussaoui, D., " Biochimie de la dépression. Analyse de la littérature ",*L'Encéphale*, IV, 3, 1978.
Moussaoui, D., " Place respective des différents antidépresseurs en thérapeutique ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", V, 1979.
Mulhern, S., "À la recherche du trauma perdu", *Chimères*, n° 18, 1992-1993.
Mulhern, S., "L'inceste, au carrefour des fantasmes et des fantômes", *in* D. Castro (dir.), *L'Inceste*, Paris, L'esprit du Temps, 1995.
Musil, R., *L'Homme sans qualités*, Paris, Seuil, 1956
M'uzan, M. de, *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, col. "Tel", 1977.
Narot, J.-F., " Pour une psychopathologie historique. Enquête sur les patients d'aujourd'hui ", *Le Débat*, n° 61, septiembre-octubre 1990

Nayrac, P., *Éléments de psychologie*, Paris, Flammarion, 1962,
Norden, M. J., *Beyond Prozac*, Harper Collins, 1995.
Nouvelle Revue de psychanalyse," L'humeur et son changement , n° 32, otoño 1985.
Nye, R., *Crime, Madness and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline*, Princeton University Press, 1984.
Ogien, A. y M., " Le métier de psychiatre ", *in* Aïach, P. y Fassin, D. (dir.), *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Editions de l'Espace européen, 1992.
Olié, J.-P., Poirier, M.-F., Lôo, H. (dir.),*Les maladies dépressives*, Paris, Flammarion, 1995.
Olivier-Martin, R., "Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs", *L'Encéphale,* " Les dépressions résistantes aux traitements antidépresseurs ", XII, sp., octubre 1986.
Olivier-Martin, R., " Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs ", *L'Encéphale*, XIX, 1993.
OMS, *Classification internationale des troubles mentaux et des désordres du comportement*, trad. coordinada por C.B. Pull, Paris, Masson, 1993.
Overholser, W., " La chlorpromazine ouvre-t-elle une ère nouvelle dans les hôpitaux psychiatriques? ", *L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 4, 1956.
Pachet, P.,*Les Baromètres de l'âme - Naissance du journal intime*, Paris, Hatier, 1990.
Painchaud, G., Montgrain, N., " Limites et états-limites ", *in* Bergeret , J. y Reid, W. (dir.), *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986.
Patris, M., " Dépression et suggestion hypnotique ", *Confrontations psychiatriques*, " Autour de la dépression ", 1989.
Paugam, S., Zoyem, J.-P. y Charbonnel, J.-M., *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation française, 1994.
Peele, S., *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and its Interpretation*, Lexington Mass., Lexington Books, 1985.
Peele, S.,*Diseasing of America. Addiction Treatment out of Control*, Lexington, Mass., Lexington Books, 1989.
Pequignot, H. y P. Van Amerongen, " Prescription et utilisation des neuroleptiques en médecine générale ",*Confrontations psychiatriques*, " Neuroleptiques : vingt après ", n° 13, 1975.
Péron-Magnan, P., y Galinowski, A., "La personnalité dépressive ", *in* Féline, A., Hardy, P., Bonis, M. de (dir.), *La Dépression. Études*, Paris, Masson, 1991.
Perrault, M., " La thérapeutique en 1958 ", *La Revue du Praticien*, VIII, n° 33, 1958.
Pétillon, P.-Y., *L'Europe aux anciens parapets*, Paris, Seuil, 1986.
Peyré, F., " Les antidépresseurs en dehors de la dépression ", *La Revue du praticien*, vol. 44, n° 17, 1994.
Pharmaceutical American Association, *The Story of Prozac*, The discovered Awards, Washington D.C., 1993.
Pichot, P., " Actualisation du concept de dépression ", y " Conclusions ", *L'Encéphale*, "Confrontation multidisciplinaire européenne sur la dépression, vol. VII, n° 4, 1981.
Pichot, P., " Avant-propos ", *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, troisième version révisée*, trad. Fr. du DSM III-R, Paris, Masson, 1989.
Pichot, P., y Rein, W. (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, vol. III, 1991.

Pichot, P., " La neurasthénie, hier et aujourd'hui ", *L'Encéphale*, sp., " Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie, dysthymies ", XX, 1994.
Plantey, F., y Pringuey, D., " Les critères diagnostiques de l'École de Saint-Louis ", *L'Encéphale*, IV, 1978.
Poignant, J.-C., " Revue pharmacologique sur l'amineptine ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ", vol. V, 1979.
Poirier, M.-F. y Ginestet, D., " Médicaments détournés à des fins toxicomaniaques ", *La Revue du praticien*, vol. 45, n° 11, 1995.
Poirier, M.-F., " Critères psychobiologiques de guérison ", *L'Encéphale*, XIX, 1993.
Porot, M., " Assises départementales de médecine sur les états dépressifs " (1972), *Les Cahiers de médecine*, n° 7, junio 1973.
Praag, H. M. van (ed.), *Neurotransmission and Disturbed Behavior*, Amsterdam, Bohn BV, 1977.
Praag, H. van, " The DSM-IV (Depression) Classification : To be or not to be? ", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 78, n° 3, marzo 1990.
Prigent, Y., " Psychodynamique des chimiothérapies antidépressives ", *L'Information psychiatrique*, vol. 67, n° 9, noviembre 1991.
Pringuey, D., *et al.*, " L'efficacité des antidépresseurs et des thymorégulateurs dans l'évolution à long terme des dépressions ", *L'Encéphale,* " La durée des traitements de la dépression ", vol. XXI, sp II, marzo 1995.
Pringuey, D., y Zanotti, M., "Le concept de qualité de vie dans la dépression", *Canal Psy*, n°3, sd.
Procaci, G., " Des médecins en quête d'auteur ou les ruses de la médecine du sujet " *in* Carpentier, J., Castel, R., Donzelot, J., Lacrosse, J.-M., Lovell, A., Procacci, G. *Résistance à la médecine et démultiplication du concept de santé*, Collège de France/ CORDES, noviembre 1980.
Psychiatries, La Dépression, Actes des VII[e] Journées nationales de la psychiatrie privée, n° 36, 1979.
Psychiatries, "L'avenir de la psychiatrie privée", n° 114-115, 1996.
Pull, C. B., " Critères diagnostiques ", *in* Olié, J.-P., Poirier, M.-F. y Lôo, H, *Traité des Maladies dépressives*, Paris, Flammarion, 1995.
Quincey, T. De, *Les Confessions d'un mangeur d'opium anglais*, Gallimard, Paris, 1990.
Rabinbach, A., *The Human Motor. Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1990.
Rado, S., " La psychanalyse des pharmacothymies ", *Revue française de psychanalyse*, n° 4, 1975.
Ragot, M., " La dépression, la civilisation moderne et les médicaments thymoanaleptiques ", *Annales médicopsychologiques*, 4, 1977.
Rapoport, J., *Le Garçon qui n'arrêtait pas de se laver*, Paris, Odile Jacob, 1991, reed. col. " Opus " 1998 (ed. estadounidense, 1989).
Raskin, A., " Drugs and depression subtypes ", *in* Fieve, R. R. (ed.), *Depression in the 1970's. Modern theory and Research*, Amsterdam, Excerpta Medica, International congress series 239, 1971.
Reigner, A., " La dépression... une mode? ", Editorial, *La Vie médicale*, hors-série " Les dépressions ", septiembre 1979.
Revue Française de Psychanalyse, "Les cas difficiles", tomo LIV, 1990.
Rey, R., *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993.
Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1989.

Rieff, P., *The Triumph of Therapeutic. Uses of Faith after Freud*, Chicago y Londres, University of Chicago Press, 1966, reed. 1987.
Robbins, P. R., " Depression and Drug Addiction ", *Psychiatric Quarterly*, 48, n° 3, 1974.
Robert, G., " Études clinique d'un sérotoninergique. Examen de ses caractères spécifiques ", *Psychologie médicale*, vol. 16, n° 5, 1984.
Robins, L. N. y Regier, D. A. (ed.), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area*, New York, Free Press, 1991.
Rochette, E., y Brassinne, M., " La toxicomanie : un comportement antidépressif ", *Concours médical*, n° 41, 1980.
Roelandt, J.-L., " Exclusion, insertion : les frontières de l'étrange ", *Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie*, n° 1, enero 1996.
Rosanvallon, P., *Le Peuple introuvable - Histoire de la représentation démocratique en France*, Paris, Gallimard, 1998.
Rosolato, G., "L'axe narcissique des dépressions", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, "Figures du vide ", n° 11, 1975.
Roth, Sir M. y Kerr, T.A., " Le concept de dépression névrotique : plaidoyer pour une réintégration ", *in* Pichot, P. y Rein, W. (dir.), *L'Approche clinique en psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, vol. III, 1991.
Rouart, J., "Dépression et problèmes de psychopathologie générale", *L'Évolution psychiatrique*, "Symposium sur les états dépressifs", n° 3, 1955.
Roudinesco, E., *La Bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1885-1939*, Paris, vol. 1, Ramsay, 1982, vol. 2, Seuil, 1986.
Roumieux, A., *Arthaud et l'asile. Au-delà des murs, la mémoire*, tomo 1, Paris, Séguier, 1996.
Roussy, G., Prefacio a Jean Delay, *Les Dérèglements de l'humeur*, Paris, PUF, 1946.
Roustang, F., *Influence*, Paris, Minuit, 1990.
Roustang, F., *Comment faire rire un paranoïaque?*, Paris, Odile Jacob, col. "Opus", 1996.
Rümke, H.C., "Quelques remarques concernant la pharmacologie et la psychiatrie", *L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 4, 1956,
Sargant, W., " Indications et mécanisme de l'abréaction et ses relations avec les thérapeutiques de choc ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1950.
Sartorius, N., "Description and classification of depressive disorders - Contribution for the definition of the therapy-resistance and of therapy resistant depression", *Pharmakopsychiat.*, 7, 1974.
Sartorius, N., " Epidémiologie de la dépression ", *Chroniques OMS*, n° 29, 1975.
Sartorius, N, " La dépression : épidémiologie et priorités pour les recherches futures ", *L'Encéphale*, " Confrontation multidisciplinaire européenne sur la dépression", *VII, 4, 1981.*
Savy, P., *Traité de thérapeutique clinique*, Paris, Masson, 1948, tomo II.
Schorske, C., *Vienne Fin de siècle. Politique et culture*, Paris, Seuil, 1983 (ed. estadounidense, 1979).
Schwartz, O., *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990.
Scotto, J.C., T. Bougerol y R. Arnaud-Castel-Castiglioni, "Stratégies thérapeuthiques devant une dépression", *La Revue du practicien*, "La dépression", n° 35, 1985.
Scotto, J. C. "Introduction", *L'Encéphale*, "La durée des traitements de dépression " vol. XXI, sp. II, marzo 1995.

Scotto, J.-C., " Editorial ", *L'Encéphale*, XXII, número especial I, " Les nouveaux champs de la dépression ", mayo 1996.
Sechter, D., " Les effets cliniques à long terme des antidépresseurs ", *L'Encéphale*, " La durée des traitements de la dépression ", XXI, sp II, marzo 1995.
Seigel, J. E., *Paris bohême : culture et politique aux marges de la vie bourgeoise - 1830-1930*, Paris, Gallimard, 1991 (ed. estadounidense, 1986).
Sempé, J.-C., " Pratiques et institutions privées ", *L'Évolution psychiatrique*, noviembre 1965, suplemento del n° 3, " Livre blanc de la psychiatrie française ".
Sennett, R., *Les Tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 (ed. estadounidense, 1974).
Seulin C., y Gérin, P., "Évaluation de la qualité de vie en santé mentale", *in* : F. Rouillon, J. P. Lépine y J. L. Terra, *Épidémiologie psychiatrique*, sl, sd (1995), Upjohn.
Sirinelli, J.-F., " Des boursiers conquérants? École y «promotion républicaine» sous la IIIe République ", *in* Berstein, S. y Rudelle, S., *Le Modèle républicain*, Paris, PUF, 1992.
Smirnoff, V. N., "De Vienne à Paris - Sur les origines d'une psychanalyse «à la française»", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 20, automne 1979.
Snyder, S., " Molecular Strategies in Neuropharmacology : Old and New ", *in* Meltzer, H. Y. *et al.* (ed.), *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*, New York, Raven Press, 1987.
Spadone, C., " Le big bang de la chimiothérapie psychotrope ", *Abstract neuro & psy*, n° 100, 15-31 mayo 1993.
Speaker, S., "From «Happiness Pills» to «National Nightmare»: Changing Cultural Assessment of Minor Tranquilizers in America, 1955-1980", *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 52, julio 1997.
Spitzer, R. L., " Introduction ", *Manuel Statistique et diagnostique des troubles mentaux, troisième version*, trad. fr. del DSMIII, Paris, Masson, 1983.
Staehehn, J. E. y Labhard, F., " Les résultats obtenus par les neuroplégiques dans le traitement des psychoses et des névroses ", *L'Encéphale*, " Premier Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique ", n° 4, 1956,
Starobinski, J., *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Thèse de l'Université de Lausanne, Geigy, Bâle, 1960.
Starobinski, J., " La notion de réaction en psychopathologie ", *Confrontations psychiatriques*, n° 12, 1974.
Starobinski, J., " Le mot réaction. De la physique à la psychiatrie ", *Diogène*, n° 93, 1976.
Starobinski, J., " Le remède dans le mal ", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, " L'idée de guérison ", n° 17, 1978.
Starobinski, J., *La Mélancolie au miroir*, Paris, Julliard, 1989, prefacio de Y. Bonnefoy,
Stewart, A., " Revisiting the relative cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : what price inflation and subtherapeutic dosages? ", *British Journal of Psychiatry*, 10, 1996.
Stokes, P. E., " La fluoxétine : revue de cinq années d'utilisation ", *Nervure*, VI, n° 10, diciembre 1993-enero 1994.
Stora, F., y Peretti, S., " À déprimés divers, antidépresseurs différents ", *Actualités-Innovations-Médecine*, Supplément Neurologie-Psychiatrie, n° 35, 1996.
Sulloway, F.-J., *Freud - Biologiste de l'esprit*, Paris, Fayard, 1981 (edición estadounidense, 1979).

Sutter, J.-M., " Problèmes posés en médecine générale par les formes atypiques des états dépressifs ",*Les Cahiers de médecine*," Assises départementales de médecine sur les états dépressifs ", n° 7, junio 1973.
Swain, G., *Dialogue avec l'insensé*, precedido por M. Gauchet, "À la recherche d'une autre histoire de la folie", Paris, Gallimard, 1994.
Swain, G., *Le Sujet de la folie*, Toulouse, Privat, 1977, reed. Calmann-Lévy, 1997, precedido por "De Pinel à Freud" por Marcel Gauchet.
Swazey, J. P., *Chlorpromazine in Psychiatry. A Study of Therapeutic Innovation*, Cambridge (Mass.) y Londres, MIT Press, 1974.
Task Force CINP, " Impact of neuropharmacology in the 1990s. Stragies for the therapy of depressive illness ", *Eur Neuropsychopharmacol,* 3, 1993.
Tatossian, A., "Les pratiques de la dépression : étude critique", *Psychiatrie française*, mayo 1985.
Tesson, C., "Voyage au bout de l'envers", *Cahiers du cinéma*, "L'homosexualité biologique", n° 416, febrero 1989.
Théry, I., " Vie privée et monde commun - Réflexions sur l'enlisement gestionnaire du droit ", *Le Débat*, mayo-agosto, 1995.
Théry, I., *Le Démariage. Justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1993, reed. col. "Opus", 1996.
Thiébot, M. H. y M. Hamon, " Un agent multiple : la sérotonine ", *Pour la science*, n° 221, marzo 1996.
Tignol, J., y M. Bourgeois, " La désinhibition et ses risques ", *L'Encéphale*, " Le concept d'inhibition en psychiatrie, n° 5, supplément, 1978.
Timsit, M., " Les états-limites. Évolution des concepts ", *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, 1971.
Tissot, R., " Quelques aspects biochimiques du concept d'inhibition en psychiatrie ", *L'Encéphale*, 5, 1979.
Tissot, R., " Monoamines et régulations thymiques ", *Confrontations psychiatriques*, "Psychophysiologie", n° 6, 1970.
Toubiana, S., "L'homme tout bête", *Cahiers du cinéma*, n° 453, marzo 1992,
Trémine, T., "Henri Ey et le fil rouge du jacksonisme", *L'Information psychiatrique*, n° 7, septiembre 1997.
Tsung-Yi, L., " L'étude épidémiologique des troubles mentaux ", *Chroniques OMS*, n° 21, 1967.
Turkle, S., *La France freudienne,* Paris, Grasset, 1982 (ed. estadounidense, 1978).
Uzan, A., " Agents prosérotoninergiques et dépressions ", *L'Encéphale*, VIII, 1982.
Vanelle, J.-M., Féline, A. " Arrêt du traitement médicamenteux dans la dépression ", *L'Encéphale*, " Nouvelles exigences dans le traitement du déprimé ", XX, sp., abril 1994.
Vernant, J.-P. y P. Vidal-Naquet, *Mythe et tragédie dans la Grèce ancienne*, Paris, La Découverte, 1972.
Vernant, J.-P. " L'individu dans la cité ",*in* :*Sur l'individu*, Contributions au colloque de Royaumont, Paris, Seuil, 1987.
Villeneuve, A., " Aspects modernes des troubles de l'humeur ", *L'Encéphale*, " L'Approche moderne des désordres de l'humeur ",V, 5, 1979.
Vincent, G. " Une histoire du secret ", *in* : P. Ariès y G. Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, vol. 5, 1987.
Walcher, W., " Psychogenic factors responsible for triggering off masqued endogenous depression ", *in* : P. Kielholz (éd.), *Masked Depression*, Vienne, Stuttgart, Berne, Hans Huber, 1973.

Wallez, P.,*Limitation de la sismothérapie dans les états mélancoliques mineurs*, Thèse de médecine, Paris, 1947-1948.
Wauters, A., " Les troubles de l'humeur: implications de la sérotonine, applications thérapeutiques ", *Entretiens de Bichat*, 1983.
Wessely, S., " Le syndrome de fatigue chronique ", *L'Encéphale*, " Syndrome de fatigue, neurasthénie, psychasthénie, thymasthénie, dysthymies", XX, 1994,
Whybrow, P. C., *A Mood Apart. Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self*, New York, Basic Books, 1997.
Widlöcher, D. y Binoux, F., " La clinique de la dépression ", article introductif, *La Revue du praticien,*" Dépressions ", 11 septiembre 1978.
Widlöcher, D. y Delcros, J., " De la psychologie du deuil à la biochimie de la dépression ", *La Revue de praticien,* " Dépressions ", XXXVIII, n° 39, 1978.
Widlöcher, D., " L'évaluation quantitative du ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs ", *Psychologie médicale*, n° 13, 1980.
Widlöcher, D., " L'Échelle de ralentissement dépressif : fondements théoriques et premiers résultats ", *Psychologie médicale*, n° 13, 1981.
Widlöcher, D., " Fatigue et dépression ", *L'Encéphale*, " Confrontation multidisciplinaire européenne sur la dépression ", VII, n° 4, 1981.
Widlöcher, D., *Les Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1983 y 1995.
Widlöcher, D., " Le psychanalyste devant les problèmes de classification ", *Confrontations psychiatriques*, n° 24, 1984.
Widlöcher, D., " Introduction ", *La Revue du Praticien*, " La dépression ", tomo 35, n° 27, 11 mayo 1985.
Widlöcher, D. (dir.), *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, 1994.
Widlöcher, D., *Les Nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob, 1996.
Wilde, M. I., y Whittington, R., " Paroxetine. A pharmacoeconomic evaluation of use in depression ", *Pharmacoeconomics*, 8, 1995.
Wilson, M., " DSM-III and the transformations of american psychiatry ", *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, marzo 1993.
Wurtzel, E., *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York, Houghton Mifflin, 1994.
Wyvekens, A., "Délinquance des mineurs : justice de proximité et justice tutélaire", *Esprit*, marzo-abril 1998.
Young, A., *The Harmony of Illusion. Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
Zarifian, É., "Médicaments anxioylitiques et inhibition", *L'Encéphale*, "Le concept d'inhibition en psychiatrie", IV, sp, 1978.
Zarifian, É., " Dépressions : hypothèses monoaminergiques ", *Annales de. biologie. clinique.*, 37, 1979.
Zarifian, É. y Lôo, H., *Les Antidépresseurs*, Paris, Laboratoires Roche, 1982.
Zarifian, É., *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 1988.
Zarifian, É., *Le Prix du bien-être*, Paris, Odile Jacob, 1996.
Zeldin, T., *Histoire des passions françaises, 1848-1945*, Paris, Éd. Recherches, 1979, reed. Seuil, col. "Points", vol. 5.
Zinberg, N., *Drug, Set, and Setting*, Harvard University Press, 1984.
Zirkle, C. L., " To Tranquillizers and Antidepressant. From Antimalarial and Antihistamines ", *in* F. H. Clarke (ed.), *How Modern Medecines are Discovered*, Futura Publishing Company, sl, 1973.

INDICE

SEGUNDA PARTE
EL CREPÚSCULO DE LA NEUROSIS

TERCERA PARTE
EL INDIVIDUO INSUFICIENTE